1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 59
DE BORDEAUX

# L'INFLAMMATION

DANS LES

# GROSSES HERNIES

# INGUINALES

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 AOUT 1886*

PAR

**Louis-Paul DOURIF**

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 16 Décembre 1859

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. ORÉ, *Président.*
AZAM.
BOURSIER.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**

**1886**

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 59
DE BORDEAUX

# L'INFLAMMATION

DANS LES

# GROSSES HERNIES

# INGUINALES

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 AOUT 1886*

PAR

**Louis-Paul DOURIF**

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 16 Décembre 1859

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

Noms des Examinateurs

MM. ORÉ, *Président.*
AZAM.
BOURSIER.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**

**1886**

# FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
## DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ . . Doyen honoraire.

### PROFESSEURS

MM. DENUCÉ ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }

| | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ, agrégé. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générale | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Thérapeutique | DE FLEURY. |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PICOT. PITRES. |
| Clinique chirurgicale | BOURSIER, agrégé. LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

| | |
|---|---|
| Pathologie interne et Médecine légale | ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE. |

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

| | |
|---|---|
| Pathologie externe | BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. DEMONS. DUDON. |
| Accouchements | LEFOUR. |

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

| | |
|---|---|
| Anatomie et Physiologie | PLANTEAU. |
| Histoire naturelle | PÉRIER. |

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

| | |
|---|---|
| Physique | BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | BLAREZ. |
| Pharmacie | CARLES. |

### MAITRES DE CONFÉRENCE :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Accouchements | MM. LEFOUR. | Histoire naturelle. | MM. PÉRIER. |
| Anatomie topographique | PIÉCHAUD. | Physique | BERGONIÉ |
| | | Chimie | CARLES. |

### CLINIQUES ANNEXES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clinique méd. des enf. | MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. | MM. VENOT. |
| Clinique chir. des enf. | BITOT. | Maladies mentales. . . | N. |

*Le Secrétaire de la Faculté,* F. LAMBERT DES CILLEULS.

---

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Professeur de Pathologie interne à Clermont-Ferrand.*

---

A MA MÈRE, A MES SŒURS

---

A MA GRAND'MÈRE

---

A MON ONCLE, A MES TANTES

A MONSIEUR MERGET

*Professeur de Physique.*

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ORÉ

*Professeur de Physiologie.*

---

A MONSIEUR PIÉCHAUD

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.*

---

A MONSIEUR ANDRÉ BOURSIER

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIVIÈRE

*Chef de Clinique du Service d'accouchement.*

# REMERCIEMENTS

*Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements aux professeurs qui se sont montrés bienveillants à notre égard.*

*Témoignons d'abord notre gratitude :*

*A M. Oré, pour l'empressement qu'il a mis à accepter la présidence de notre Thèse;*

*A M. Merget, qui nous a favorisé d'une indulgence si constante et si paternelle;*

*A M. le docteur Rivière, chef de clinique d'accouchement, qui, dès les premiers moments et toujours, nous a montré un intérêt si affectueux et s'est tant occupé de nous dans le cours de nos études;*

*A M. le professeur agrégé Piéchaud, qui, nous ayant*

*donné le sujet de notre Thèse, a bien voulu nous communiquer trois intéressantes observations;*

*A M. Boursier, qui, sans nous connaître, nous a reçu si aimablement, a bien voulu mettre à notre disposition ses notes personnelles et nous aider de ses savantes remarques;*

*A M. le professeur agrégé Poinsot, pour la bonne grâce de son accueil et sa belle observation si concluante;*

*A M. le docteur Chevalier, chef interne qui nous a fourni une observation personnelle savante et très détaillée;*

*A MM. les professeurs de l'école de Clermont où nous commençâmes nos études et spécialement M. Fleury, chirurgien en chef, directeur de l'Ecole, qui vient de prouver l'intérêt constant qu'il nous porte en cherchant à notre intention deux intéressantes observations.*

# INTRODUCTION

Nous définissons la grosse Hernie inguinale : une tumeur ayant au moins le volume du poing et formée par la sortie des viscères abdominaux à travers le canal inguinal.

Bien que Gosselin (1) qualifie de *moyennes*, des hernies inguinales « du volume d'une grosse poire », nous nommerons, avec la plupart des auteurs, grosses hernies, celles qui atteignent le volume du poing.

Ce n'est cependant qu'un minimun et les observations ne manquent pas dans la science (2), de hernies inguinales acquérant des dimensions extraordinaires, descen-

(1) Gosselin, *Clinique de la Charité*, t. III, p. 427.

(2) Dupont, *Revue médicale de la Suisse Romande*, t. I, p. 257; *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *Hernie inguinale*.

dant jusqu'au genou ou mesurant jusqu'à 90 centimètres de circonférence.

Desault a vu une hernie labiale avoir le volume d'une tête d'enfant (1).

Méry en a vu une descendre au milieu de la cuisse chez une fille (2).

Il est tout naturel que ce soient les hernies inguinales qui offrent surtout ces dimensions insolites, puisqu'à elles seules, elles sont, d'après Malgaigne (3), seize fois plus fréquentes que toutes les autres réunies.

De plus, leur position déclive, la laxité ou l'extensibilité du canal qui leur livre passage, la pression que subissent de haut en bas les viscères abdominaux tout favorise leur accroissement.

Les conditions dans lesquelles se trouvent ces grosses hernies inguinales étant tout autres que celles des hernies ordinaires par suite de leur volume, de la largeur du canal, de leur position, elles ne donnent pas lieu aux mêmes phénomènes morbides; celui que l'on y rencontre le plus fréquemment et qui en domine, pourrait-on dire, la pathologie, est l'inflammation.

C'est cette inflammation des grosses hernies ingui-

(1) Desault, *Journal de chirurgie*, t. III, p. 290.
(2) Méry, *Mémoires de l'Académie*, 1701.
(3) Malgaigne, Leçons cliniques sur les hernies (*Gazette des Hôpitaux*).

nales, trop souvent méconnue, que nous nous proposons d'étudier.

Mais en écrivant notre travail inaugural, nous avons été frappé de l'insuffisance de la dénomination de Malgaigne : péritonite herniaire; de la longueur et de la redondance des appellations : inflammations herniaires ou phlegmasie, phlogose de la hernie, et nous avons cru qu'il serait mieux de remplacer le tout par le mot bref et explicite de *Kélite*.

Le radical en est très connu: on le trouve dans Kélotomie, entérocèle, épiplocèle, etc.; la terminaison montre qu'il s'agit d'une inflammation non moins que dans la bronchite, ostéite, néphrite, etc.

Nous nous permettrons donc de nous en servir, ne fût-ce que pour ne pas répéter constamment les autres dénominations. Espérons que sa commodité et sa simplicité le feront bien accueillir.

Après avoir rapidement esquissé ce qu'ont dit les auteurs à propos de l'inflammation des grosses hernies inguinales, nous passerons en revue : la nature anatomo-pathologique de cet accident; ses causes; les symptômes auxquels il donne lieu, leurs marche, durée, pronostic et complications. Et, comme le traitement dépend essentiellement de la connaissance exacte de ce phénomène morbide, nous insisterons spécialement sur

le diagnostic différentiel de cette affection, puis nous déduirons les conséquences au point de vue opératoire.

Notre travail se trouve donc partagé en sept chapitres naturels :

I. — *Historique.*
II. — *Anatomie pathologique.*
III. — *Etiologie.*
IV. — *Symptômes.*
V. — *Marche, Durée, Complications, Pronostic.*
VI. — *Diagnostic.*
VII. — *Traitement.*

# L'INFLAMMATION

DANS LES

# GROSSES HERNIES

## Inguinales.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique.

L'inflammation n'a guère été reconnue comme possible avant le v[e] siècle où Aétius en parle explicitement. Laissée depuis presque complètement dans l'ombre, elle ne fut mise en lumière que par Malgaigne (1840), qui appelle spécialement l'attention sur cet accident et le décrit minutieusement. Dès lors, elle donne lieu à une foule de controverses longtemps continuées. Actuellement, la plupart des chirurgiens l'admettent, mais avec beaucoup de réserves et n'en font le plus souvent qu'un accident secondaire.

Les livres hippocratiques parlent peu des accidents herniaires; cependant, au deuxième livre des épidémies, on dit qu'un certain Pittacus mourut d'une hernie à droite de l'ombilic après avoir vomi des matières fécales.

Celse, dans une phrase incidente sur le traitement des hernies, parle de l'inflammation :

« Sine solore quoque si *multa* intestina prolapsa sunt, « secari supervacuum est; non quo excludi a scroto non pos- « sint (nisi tamen id inflammatio prohibuit) sed quo repulsa « inguinibus immorentur, ibique tumorem excitant, atque « ita fiat mali non finis sed mutatio (1). »

Cela est vague, mais indique : 1° l'inflammation des grosses hernies; 2° la difficulté à réduire les hernies enflammées.

Archigène et Léonidas, cités par Aétius, confondent l'engouement et l'inflammation; pour eux, la seconde est l'effet du premier.

Aétius, au contraire, au v^e^ siècle, en parle comme d'une contre-indication à la réduction qui, dans ce cas, peut amener la gangrène.

On doit, dit-il, réduire généralement : « At si partes scroto « vicinæ, vehementibus doloribus, unâ cum inflammatione « vexantur, tormina idem ac flatus adsint, tamdiu differenda « est reductio, donec quieverint. »

Onctions et scarifications pour empêcher la gangrène. Traitement antiphlogistique.

Après lui on confond de nouveau l'engouement et l'inflammation.

Les arabes et arabistes n'en parlent pas. Ni Franco, ni Ambroise Paré n'en parlent. Au xviii^e^ siècle, elle est admise comme cause d'étranglement par les anglais Mauchart (2)

(1) Celsus, *De re Medica*, lib. VII, cap. xx, p. 422.
(2) Dav. Mauchart, *Dissertatio de hernia incarcerata*.

et Sharp (1). « Il arrive fréquemment que l'intestin, après « avoir passé les anneaux des muscles s'enflamme. Cette « inflammation grossissant la tumeur, empêche la rentrée de « l'intestin, lequel, à chaque moment, devenant de plus en plus « étranglé, tend à grands pas à la mortification. » (Sharp.)

Dans cette description, il confond plusieurs éléments.

Wiseman (2) (1676) indique l'inflammation comme effet de l'étranglement (*The intestine inflammed by the construction of the production*). (*Production* était la gaine fibreuse du cordon que l'on décrivait comme le feuillet extérieur du péritoine pariétal.)

Cette manière de voir est adoptée en France à la suite de Garengeot (3) (1738) et Goursaud (4) qui la rend classique (1768). Il publie une observation d'entéro-épiplocèle où l'épiploon reste dans le sac après réduction de l'intestin et s'enflamme, ce que l'on constate à l'autopsie.

Le 25 thermidor an IX, Brasdor lit à la Société de Médecine une observation de hernie étranglée par engouement.

Richter (1785), dans son important *Traité des Hernies*, passé sous silence par Broca, admet (p. 134) (5) deux variétés d'étranglement, dont l'un aigu, inflammatoire; mais ne parle pas de l'inflammation pure. Toutefois, le traitement qu'il conseille pour cet étranglement convient assez à la la kélite. Il est en effet partisan des antiphlogistiques même très énergiques; saignées, lavements, sangsues, etc. Il dit du reste : « L'inflammation, la fièvre, la douleur, sont les « premiers signes qui se manifestent et ceux qui doivent « fixer l'attention du chirurgien et diriger un plan de « curation. »

(1) Sharp, *Traité des opérations de chirurgie*. (Traduction de Iault, Paris, 1741.)

(2) Wiseman, *Eight chirurgical treatises*, London, 1676.

(3) Garengeot, *Traité des opérations*, 2e édit., Paris, 1738, t. I, p. 249.

(4) Goursaud, Remarques sur la différence des causes de l'étranglement dans les hernies, *Acad. de chir.*, 1768, t. IV, p. 244.

(5) A. G. Richter, *Traité des hernies*, trad. de Rougemont, 1785.

Desault (1) emploie contre une hernie épiploïque enflammée, un traitement rationnel antiphlogistique et émollient ; bains, cataplasmes, position, lavements.

Scarpa (2) fait de belles recherches sur l'anatomie des hernies mais ne parle pas spécialement de l'inflammation.

Asthley, Cooper (3), Cloquet, Dupuytren (4) étudient les anneaux et le sac herniaire sans émettre de nouvelles opinions sur l'inflammation qu'ils méconnaissent.

Laugier (5) énumère l'inflammation parmi les trois grands accidents de hernies, mais n'en fait pas la description (page 285, engouement ; 286, étranglement).

Malgaigne (6), en 1840, reprend la question. Il lit à l'Académie de Médecine son *Examen des doctrines sur l'étranglement des Hernies,* mémoire purement historique et critique.

En 1841, il publie son premier mémoire : *Du pseudo-étranglement ou de l'inflammation dans les hernies,* où il n'invoque que l'observation des malades et cite des cas irrécusables, hernies, ayant pendant plusieurs jours présenté des accidents dits d'étranglement, ont guéri par la temporisation.

Il prouve que dans les hernies non étranglées, la circulation des matières même solides se fait facilement.

L'engouement est rare, et les observations probantes presque introuvables. Il n'en connaît qu'une, celle de Goyrand, d'Aix.

Il conclut que les phénomènes dits d'engouement doivent être rapportés à l'inflammation, témoin son observation V d'engouement dans une épiplocèle pure.

Pour les prétendus étranglements de l'épiploon, il y a contradiction entre la théorie et la pratique qui fait succéder

(1) Desault, *Œuvres chirurgicales*, par Broca, 1801.
(2) Scarpa, *Traité des Hernies*. Traduct. de Cayol, 1812.
(3) A Cooper, *Œuvres chirurgicales,* Paris, 1837.
(4) Dupuytren, *Leçons orales,* 2e édit., 1839.
(5) Laugier, *Dict. de méd. en 30 vol.*, art. *Hernie*, 1837.
(6) Malgaigne, *Examen des doctrines sur l'étr. des hernies.*

à un prétendu étranglement une ligature beaucoup plus serrée.

En 1842, il publie un deuxième mémoire sur les pseudo-étranglements (1), où il confirme ses premières assertions et donne d'autres observations concluantes.

Les conclusions de ces mémoires sont vivement discutées surtout par Gosselin, dans sa Thèse d'agrégation (1844) (2).

Broca, élève de Malgaigne, dans sa Thèse d'agrégation (1853) (3), défend la théorie du pseudo-étranglement pour lequel il préfère le nom d'inflammation herniaire. Il étudie fort attentivement cet accident auquel il accorde peut-être une place trop importante aux dépens de l'engouement et de l'étranglement. En tous cas, il le décrit fort bien, cite des observations nouvelles et concluantes, enfin indique clairement son diagnostic et son traitement.

Malgaigne (4), dans ses leçons cliniques (1854), répète ses assertions au sujet de l'inflammation herniaire, en montre les causes parmi lesquelles il cite l'humidité (page 513), donne la division en quatre degrés, en indique de nouveau l'anatomie pathologique, le diagnostic, le traitement à propos duquel il parle de l'obligation possible de lever un étranglement consécutif avant de traiter l'inflammation.

Gosselin (5) tâche de substituer la doctrine d'un étranglement peu serré à celle de l'inflammation. Il n'admet pas comme prouvée l'inflammation pure, car il croit qu'il y a des étranglements réductibles par la main du chirurgien (page 88).

(1) Malgaigne, Du pseudo-étranglement ou de l'inflammation simple dans les hernies (*Archives générales,* 3e série, c. XII, p. 189-195); deuxième mémoire sur les pseudo-étranglements (*in Journal de Chirurgie.*)

(2) Gosselin, Thèse d'agrégation, Paris, 1844.

(3) Broca, Thèse d'agrégation, Paris, 1853.

(4) Malgaigne, *Leçons cliniques sur les hernies abdominales.*

(5) Gosselin, *Leçons cliniques,* p. 88, Paris, 1865.

En 1879 (1), dans sa *Clinique chirurgicale,* il émet les mêmes idées.

Pendant ces discussions, les opinions étaient partagées. Parmi les autres chirurgiens, les uns admettaient les théories de Malgaigne, d'autres celles de Gosselin.

En 1841, Roussel (2) publie une autopsie de hernie guérie, faite sur un sujet de soixante-quinze ans mort d'affection intercurrente.

En 1854, Baudens (3) publie un mémoire sur le traitement par la glace des hernies enflammées et cite plusieurs cas traités avec succès par cet antiphlogistique.

En 1856, Doyen (4) publie une observation de péritonite herniaire avec autopsie probante : absence de constriction, rougeur, inflammation de l'intestin hernié et de la poche.

Nélaton admet l'inflammation, mais pense « que le diagnos-« tic de l'inflammation des hernies est fort difficile » et qu' « il est impossible d'indiquer un signe certain qui puisse « préciser la nature et l'affection. » Cependant il conseille de réduire le premier jour si l'on peut, mais de s'en abstenir après (5).

En 1862, Charles Roubier (6) publie une observation de hernie enflammée sans étranglement : opération, guérison.

Petit (7) est conduit, par des accidents dits d'étranglement, à opérer une hernie qui n'offre pas de constriction.

Richelot (8), dans sa Thèse, admet l'inflammation surtout pour les épiplocèles, pense que pour les hernies qui contien-

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale à la Charité,* Paris, 1879.
(2) Roussel, *in Bulletin de Soc. anat.,* p. 208, Paris, 1841.
(3) Baudens, Efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies enflammées et combattre la péritonite consécutive (*Gazette des Hôpitaux,* 1854, p. 261).
(4) Doyen, *Bull. Soc. anat.,* 1856, p. 460.
(5) Nélaton, *Eléments de Pathologie chirurgicale.* Paris, 1857.
(6) Charles Roubier, *Bull. Soc. chirurg., t.* III, p. 483, 1862.
(7) Petit, *Mém. Acad. chirurg.,* 1868.
(8) Richelot, Thèse doctorat, Paris, 1873.

nent de l'intestin, elle n'explique pas tous les accidents, et cite plusieurs cas de grosses hernies étranglées par des dispositions rares brides fibreuses, cordes épiploïques etc., difficiles à distinguer de l'inflammation des hernies intestinales. - Bradley (1) admet l'inflammation, puisqu'il traite une grosse hernie étranglée par l'expectation et le taxis pendant huit jours ; il n'opère que le neuvième.

En Belgique, Faucon (2) fait paraître un travail : *De l'Epiploïte herniaire et spécialement de l'épiploïte phlegmoneux.*

Bourget d'Aix (3), opère, au bout de soixante-huit heures, une hernie présentant des accidents d'étranglement, trouve un petit sillon circulaire sur l'intestin et une très vive inflammation herniaire. Le malade eut une fistule stercorale qui s'oblitéra; il guérit complètement.

Masse (4), à Bordeaux, traite une hernie irréductible, depuis deux jours, par le taxis, les infusions de séné et les lavements de sirop de nerprun; guérison.

En 1883, Le Fort (5) rapporte deux cas d'épiploïte enflammée.

Actuellement, la plupart des chirurgiens admettent l'existence de l'inflammation herniaire, pour nous, Kélite; mais agissent trop souvent comme s'ils la méconnaissaient.

Ainsi, en 1879, lors de la discussion à la Société de chirurgie de l'observation d'Eustache de Lille (XII de notre Thèse), rapportée par P. Berger : Verneuil, Trélat et Desprès voulaient bien accepter que les accidents avaient été produits par la propagation de l'inflammation aux organes abdomi-

(1) Bradley, Inusually large inguinal hernia. (*Méd. times and gaz.*, 1878).
(2) Faucon, *Bull. Acad. de Belgique*, avril, 1876.
(3) Bourget d'Aix, *Bull. et mém. Soc. chirurgie*, 1880.
(4) Masse, *Gazette hebd. sciences méd. de Bordeaux*, 1880.
(5) Le Fort, *Gazette des hôpitaux*, 8 septembre 1883.

naux, ce qui était l'opinion de l'auteur; mais Berger, le Dentu et Nicaise repoussaient cette opinion.

Le but de notre travail est d'exposer avec clarté les symptômes de cette affection, les moyens de la distinguer de l'engouement ou de l'étranglement, et ses indications thérapeutiques si nettes.

## CHAPITRE II

### Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique, ou l'étude des modifications diverses subies par les tissus dans la kélite, présente malheureusement d'assez grandes lacunes, notamment dans la manière dont se fait la guérison par résolution complète ou celle par adhérences. Cet état de choses tient à la rareté des autopsies qui ont pu être pratiquées sur des sujets porteurs de *hernies enflammées en convalescence,* ou à la mauvaise description faite par les chirurgiens qui les ont nécropsés.

On nous a demandé si nous connaissions et montrions le microbe de la kélite; nous avouons humblement ne pas nous en être occupé.

Quoi qu'il en soit, les modifications portent sur la hernie elle-même, sur son sac péritonéal et sur les parties voisines.

## I. — Altération des viscères herniés

Les grosses hernies sont le plus souvent des entéro-épiplocèles. Nous savons que l'épiploon est beaucoup plus vasculaire que l'intestin; il est donc tout naturel de penser qu'il s'enflammera plus rapidement, comme l'y prédispose aussi la laxité de son tissu.

C'est en effet ce qui arrive ; sans admettre complètement les quatre degrés que Malgaigne a voulu établir dans l'inflammation herniaire, nous reconnaissons, du moins, que celui qu'il a décrit comme premier degré se présente souvent à l'observation. C'est à peine s'il mérite le nom d'inflammation, tellement les accidents sont peu marqués, et déjà, cependant, l'épiploon contracte des adhérences (1).

On voit donc que l'épiploon a une grande tendance à s'enflammer; aussi est-ce sur lui que portent les plus graves altérations inflammatoires dans l'affection qui nous occupe.

Tantôt il est simplement enflammé, turgide et d'un rouge plus ou moins vif, il offre de véritables arborisations vasculaires.

Plus tard, il forme une masse charnue (2), pâteuse, dans laquelle il est fort difficile de reconnaître sa forme primitive, car il se soude à lui-même et peut ainsi former ces manchons enveloppant les intestins herniés de tous côtés (3), ou pouvant même les étrangler (4).

(1) Chauffard, Obs., XV, adhérences épaisses.

(2) Bourget d'Aix, obs. XIII, épiploon, masse indurée, grosse comme une petite orange, couleur vineuse très foncée.

(3) Dolbeau, obs. X, manchon épiploïque entoure l'intestin, enchâsse le testicule, masse d'épiploon rouge foncé, couvert d'ecchymoses.

(4) Petit, obs. XVIII, nappe d'épiploon rouge foncé.

Si la hernie est sèche, il peut présenter à sa surface un dépôt fibrineux plastique, ou des fausses membranes.

D'autres fois, il exhale une certaine quantité de sérosité rarement citrine, mais souvent rosée ou rougeâtre. A une époque plus avancée, il donne naissance à un liquide séro-purulent plus ou moins clair (1).

Il peut encore se former une vraie suppuration, soit dans l'intérieur de cette masse épiploïque, soit à sa surface (2).

Enfin, si l'inflammation est très vive, l'épiploon peut arriver à se gangréner, auquel cas il disparaît en formant une bouillie plus ou moins épaisse; quelquefois, les débris nagent dans un liquide brunâtre, d'odeur fétide, comme l'est le pus de tout abcès environnant l'intestin.

L'intestin offre généralement des lésions à peu près semblables, mais à des degrés moindres. Ainsi l'on trouve fréquemment, avec un épiploon très rouge et très gonflé, un intestin faiblement injecté offrant seulement de fines arborescences. D'autres fois cependant il s'enflamme plus vivement, est fortement injecté et offre des arborisations fortes et confluentes qui lui donnent une couleur rouge plus ou moins foncée (3-4). Dans l'observation de Malassez (5), où la hernie est ancienne, les parois intestinales ont acquis six millimètres d'épaisseur; Chassaignac dit que cet épaississement est démontré ordinaire pour les hernies très anciennes.

D'autres fois, il présente des exsudats fibrineux (6) ou des fausses membranes. Il arrive même à se gangréner par la

(1) Heulhard, obs. IX, 15 grammes de sérosité rougeâtre.

(2) Ch. Roubier, obs. XIX, pus granuleux, fétide, un verre.

(3) Petit, obs. XVIII, anse intestinale comme carbonisée (étranglement consécutif pour Broca).

(4) Bourget d'Aix, obs. XIII, anse intestinale rouge brunâtre, tuméfiée, infiltrée.

(5) Malassez, hernie ancienne, irréductible par grande épaisseur (6 mm.) des parois intestinales (*Bullet. Soc. anat.*, 17e année, 1872.)

(6) Sanson, anse d'intestin agglomérée en masse bosselée. (*Journal, méd. chirurg. prat.* t. V, p. 471 1831.

violence de la phlegmasie, et cette gangrène peut se faire soit superficiellement et par couches, auquel cas elle peut respecter les tuniques profondes ou internes; ou porter sur toute l'épaisseur de l'organe (1). Dans cette dernière manière, il y a encore des variétés :

1° Il y a des simples points gangréneux dont la chute détermine de petits pertuis;

2° Il y a de vraies plaques de sphacèle, de formes diverses, même annulaires;

3° Enfin, il peut y avoir sphacèle de toute l'anse herniée (2).

Cependant, il est une des terminaisons de l'inflammation intestinale dont nous n'avons pas trouvé d'exemple; il s'agit de la suppuration. Nous n'avons trouvé de faits probants de suppuration de l'anse herniée que dans les cas où celle-ci avait été perforée directement par un corps étranger, extérieur, coup de poignard, ressort du brayer; ou intérieur, os pointu, aiguille, épingle ou vers intestinaux.

Notons que pour beaucoup de bons auteurs cette inflammation de l'intestin et surtout la terminaison par gangrène serait due aux manœuvres intempestives de taxis.

Les orifices sont généralement libres (3) et le collet aussi (4).

Dupuytren (5), opérant le huitième jour, ne trouve pas d'étranglement.

Dans son observation (IX), Heulhard trouve un intestin rouge violacé et le petit doigt passe entre l'anneau et le pédicule.

(1) Piéchaud, obs. II, opération le troisième jour, pas de gangrène intestinale.

(2) Eustache, de Lille, Obs. XII.

(3) Charles Roubier, Obs. XIX.

(4) Dolbeau, Obs. X, kélite violente; le petit doigt fait le tour du pédicule.

(5) Dupuytren, Obs. XXIII.

## II. — Altérations du sac

Elles ne sont pas les moins importantes (1).

Avant des noter les lésions inflammatoires du sac, il est bon de savoir quel était son état au moment de leur début.

Le plus souvent ces hernies volumineuses existent depuis longtemps, ou se sont accrues peu à peu, ainsi nous avons un sac ancien, soumis peut-être plusieurs fois à ce premier degré d'inflammation de Malgaigne qui amène des adhérences. Généralement il est épaissi et résistant, il peut même acquérir une épaisseur très grande et une dureté presque cartilagineuse (obs. de Pott).

Demeaux (2) publie un cas où il était devenu osseux.

Si la hernie s'est développée rapidement, ou si la circulation du sac s'est toujours bien faite, ou encore si la hernie augmentant continuellement n'a pas permis cette espèce d'organisation morbide du sac, on le trouve encore mince et presque inaltéré, c'est cependant un cas assez rare dans les hernies volumineuses.

Quelquefois le sac s'est déchiré suivant diverses directions au moment de la production ou de l'accroissement brusque de la hernie (3).

Souvent, il a contracté des adhérences, en dehors avec la tunique vaginale, ou en dedans avec l'épiploon et même l'intestin. La hernie, dans ces deux cas, est alors vraiment irréductible.

On peut dire que dans toutes les inflammations herniaires,

(1) Bradley, Obs. XI, péritonite herniaire : noter à l'opération.
(2) Demeaux, *Bullet. soc. anat.*, 1848, p. 51.
(3) Desault, Obs. XXVI.

il y a inflammation du sac péritonéal (1). Sa lésion a été considérée comme la principale sinon comme la seule lésion inflammatoire herniaire par plusieurs auteurs. Malgaigne se servait indistinctement des mots *inflammation herniaire* ou *péritonite herniaire*.

Le sac herniaire peut être enflammé aux divers degrés que nous avons décrits pour l'épiploon ou l'intestin; il faut noter que, dans tous ces degrés, il s'épaissit même au plus léger (2).

Il est important de remarquer que l'inflammation débute presque toujours par le sac; que la lésion du sac est ordinairement plus avancée que les lésions de l'épiploon et de l'intestin. Par conséquent, on trouve le sac très fortement hyperhémié, très rouge et tuméfié avec un épiploon et un intestin presque sains, il peut être rouge, adhérent, ou couvert de plaques rouges irrégulières. Ceci explique que le plus souvent les exhalaisons trouvées dans quelques hernies enflammées viennent du sac.

### III. — Altérations des parties voisines.

Les parties voisines, dans une ancienne hernie (*scrotum, grande lèvre*), sont rarement saines, souvent épaissies. Murat écrit: « Le muscle cremaster acquiert dans les hernies « volumineuses et anciennes une épaisseur remarquable. « Les fibres, ordinairement rares, minces et pâles, prennent « alors beaucoup d'accroissement, présentent une consis- « tance quelquefois très remarquable et prennent une « couleur jaune (3). »

(1) Doyen, Obs. XX, rougeur de poche et intestin hernié.
(2) Piéchaud, Obs. II, sac épaissi, fausses membranes.
(3) Murat, *Dict. méd.*, t. XI.

Les parties voisines sont souvent aussi atteintes par l'inflammation. Ordinairement, trois ou quatre jours après le début des accidents, les parties voisines, soit le scrotum, soit les grandes lèvres, deviennent un peu plus rouges, plus épais et plus chauds qu'à l'ordinaire (2).

Quelquefois, surtout dans les cas de perforation simultanée du sac et de ces parties, elles deviennent le siège d'un petit abcès qui suppure, s'ouvre à l'extérieur et donne lieu à une fistule (3).

Quand la kélite est très violente, les parties voisines peuvent s'enflammer réellement par propagation, et la tumeur entière est le siège d'une inflammation phlegmoneuse. Elle peut encore se terminer par résolution, plus souvent par un grand foyer purulent, dans lequel nagent pêle-mêle des débris du sac, des viscères et des enveloppes.

(2) Obs. de Poinsot, Rivière.
(2) Broca, Obs. XXVI; Wedekind, Obs. XXVIII.

## CHAPITRE III

### Etiologie.

La kélite est un accident particulier qui reconnaît des causes spéciales.

Au nombre des causes prédisposantes les plus efficaces, il en est de toujours présentes, ce sont le volume et le poids de ces grosses hernies; aussi Gosselin et Richter avaient-ils tort d'admettre seulement l'inflammation dans les petites hernies.

En effet, dans ces grands déplacements de viscères, nous avons hors de la cavité abdominale une grande quantité de péritoine, d'épiploon et d'anses intestinales dans une position anormale et très déclive. Cette position seule suffirait à gêner le retour du sang qui a à lutter contre la pesanteur dans des vaisseaux seulement disposés à ce travail. (Gerdy).

Ajoutons à cela l'espèce d'irritation qui se produit forcément dans des viscères sortis de leur situation normale et n'y étant pas réintégrés rapidement;

Le frottement que produisent les uns sur les autres, l'épiploon, le péritoine et l'intestin herniés dans des rapports nouveaux pour eux et anormaux;

Et nous aurons la part qui revient aux seuls volume et poids de la grosse hernie inguinale dans la production de l'accident inflammatoire.

Ce volume lui-même est indirectement la cause de ce que l'inflammation est plus commune dans la grosse hernie inguinale que l'étranglement. En effet, les anneaux sont assez dilatés par une grosse hernie, qui, généralement, existe depuis longtemps, pour ne pas pouvoir exercer sur elle une constriction suffisant à l'étrangler.

En effet, quelle que soit la capacité des anneaux, ils ne contiennent généralement qu'une seule anse intestinale, soit deux bouts d'intestin, le bout de descente et le bout de rentrée. Leur volume, peu variable, est d'autant plus à l'aise dans l'anneau que celui-ci est plus large.

Qu'au contraire, cette hernie augmente un peu de volume par différentes causes (1). La légère compression que feront ces anneaux gênera de plus en plus le retour du sang et favorisera son inflammation.

La prédominance de l'épiploon multipliera aussi beaucoup les chances d'inflammation d'une grosse hernie inguinale. L'épiploon étant très vasculaire et très sujet à s'enflammer, c'est lui principalement qui, d'après tous les auteurs, contracte si vite ces adhérences qui rendent les hernies irréductibles, et cela par le fait d'une inflammation légère, adhésive.

Le temps froid et humide est, d'après Malgaigne, une circonstance qui favorise beaucoup la sortie et l'inflammation des hernies.

Une prédisposition que nous retrouverons presque dans tous les cas, c'est l'existence antérieure d'accidents sembla-

(1) Piéchaud, Obs. II, la malade reste très longtemps sans montrer sa hernie.

bles ayant guéri soit simplement par le repos, soit en employant les antiphlogistiques.

Notons enfin le tempérament du sujet. Certains sont pléthoriques et offrent un champ tout préparé pour l'inflammation. Chez d'autres, diabétiques, cachectiques, les accidents prennent rapidement une forme dangereuse et peuvent se terminer par de vastes abcès ou des gangrènes étendues.

Etudions maintenant les causes qui occasionnent directement la kélite.

Quelquefois, à une hernie ancienne, acclimatée pour ainsi dire en dehors du ventre, vient s'ajouter une seconde hernie, formée par une nouvelle frange épiploïque ou une nouvelle anse intestinale. Cette nouvelle hernie se trouve irritée par le fait même de sa sortie, l'ancienne est aussi irritée par le contact insolite de cette intruse ; de tout ceci résulte l'inflammation plus ou moins vive et accentuée (1).

L'inflammation, dans le cas de Bradley (2), succède à la sortie de la hernie avec un volume beaucoup plus considérable que d'ordinaire.

L'accumulation de matières dans un point du canal intestinal amène facilement son inflammation. On conçoit que cela se produira encore plus facilement dans un intestin hernié que tout prédispose à s'enflammer (3).

Un exercice violent, une marche forcée, amèneront aussi facilement l'irritation de cette hernie par le mouvement incessant qu'ils y auront causé, et par suite son inflammation (4).

A ce propos, il ne faut pas oublier que, si habituellement ces grosses hernies inguinales se trouvent chez les vieillards impotents ou chez des adultes, que le volume même de cette hernie retient presque alités, tels que l'historien anglais

(1) Dupuytren, Obs. XXIII.
(2) Bradley, Obs. XI.
(3) M'Dowell, Obs. XVII.
(4) Rivière, Obs. IV.

Gibbon, cependant, il est des cas où les porteurs de la grosse hernie inguinale, vieillards robustes ou adultes vigoureux, peuvent encore se livrer à leurs occupations ordinaires, sans autre gêne qu'une légère incommodité de la part de leur hernie, contenue le plus souvent avec des suspensoirs primitifs (bonnets de coton, sacs de toile, etc.). Cependant, même dans ces cas, un effort plus violent que les efforts habituels, une trop longue séance de travail, un exercice trop violent, peuvent encore amener l'inflammation de cette hernie.

Une profession pénible, obligeant le sujet à rester debout, à faire des efforts ou des exercices violents, constitue une cause toujours présente de kélite.

Une cause occasionnelle, indiquée par quelques auteurs, non sans raisons, bien qu'à notre avis elle doive agir assez rarement, est dans les excès de table. Il y a cependant des observations concluantes (1).

L'engouement intestinal herniaire par des produits de digestion agira dans le même sens, mais avec une efficacité bien plus grande.

Mais la cause qui, incontestablement, agit le plus souvent pour amener cette phlegmasie herniaire, gît dans les traumatismes qui peuvent être rapides ou lents.

Dans la première catégorie, nous avons la série des actions extérieures, imprévues, amenant le froissement, la contusion ou la blessure de la hernie; tels sont : les coups de poing, coups de pied, coups de bâton (Petit); balles mortes (Velpeau); coups de timon de voiture (Asthley Cooper); coups de pied de cheval (Pott); blessures par un morceau de ressort rupturé du bandage herniaire;

Et les excitations intérieures venant, soit de corps étrangers dans les intestins herniés, os, arêtes, aiguilles, épin-

(1) Malgaigne, Obs. XV.

gles, etc., ou venant de parasites perforant les intestins et le sac, strongles, lombrics, etc. (Obs. de Wedekind, Broca.)

Dans la seconde catégorie, nous avons surtout une cause très commune, la pression faite habituellement par un bandage mal appliqué et serré. Cette pression continuelle ou intermittente (si les malades ôtent leurs bandages la nuit), amène l'irritation des parties comprimées, leur congestion, puis leur inflammation. Aussi, trouvons-nous cette cause dans beaucoup d'observations. Dans celle d'Heulhard, la hernie glisse sous le bandage dans un effort.

# CHAPITRE IV

## Symptômes.

Nous n'acceptons pas la subtile division de Malgaigne en quatre degrés. Nous étudierons plus volontiers, avec Broca d'abord, les symptômes locaux, puis les symptômes généraux.

Cependant, il est un degré de Malgaigne qui mérite d'être conservé à part : c'est cette légère inflammation dont il fait le premier degré, qui, passant souvent inaperçue, tellement les signes sont légers, donne lieu aux adhérences (péritonite glutineuse de Cruveilher).

On en trouve la trace dans les anamnestiques. Le malade a eu de légers accidents guéris par le repos.

Nous confondrons les autres degrés dans une même description.

Nous avons donc à étudier les phénomènes locaux et les phénomènes généraux.

Le premier est certainement la douleur ressentie par le patient, douleur siégeant dans toute la tumeur sans avoir de maximum au collet, comme dans l'étranglement (1). Elle est souvent le premier signe perçu du patient.

En même temps, la hernie augmente de volume; cet accroissement est primitivement l'effet de l'hyperhémie phlegmatique, il peut être favorisé vers le deuxième ou troisième jour par les diverses exhalaisons pathologiques, sérosité, liquide plastique, fausses membranes, suppuration.

La peau change tardivement d'aspect. Vers le deuxième ou troisième jour seulement, après le début des accidents, elle rougit un peu et gonfle; cependant, ce n'est pas l'œdème précoce de l'étranglement.

En même temps, il y a élévation de la température locale. Nous ne connaissons malheureusement pas d'observation où elle ait été constatée par le thermomètre. Mais dans presque toutes, elle fut remarquée, et était sensible au toucher.

La tumeur est irréductible. Ordinairement, elle le devient au début même des accidents (Chauffard, Ch. Roubier, Eustache, de Lille) (2). Le malade, averti par les coliques, les nausées et la douleur locale, ne peut faire rentrer sa hernie.

Elle n'est quelquefois pas très prononcée, et un médecin appelé aux premiers moments, peut encore réduire la hernie dont les accidents, peu développés, cessent presque aussitôt. Réductibilité reparaît à la fin des accidents.

En même temps, la hernie a pris de la consistance. Sans l'étanglement, elle est résistante, plus consistante si l'on palpe l'épiploon, plus mollasse si c'est l'intestin. Plus tard, on peut trouver de la fluctuation due à la sérosité ou au pus.

La percussion, généralement douloureuse à cause de

(1) Poinsot, Obs. III, l'ensemble de la tumeur est douloureuse, pas plus vers le collet. (Obs. I de Piéchaud.)

(2) Obs. XV, XIX, XII.

l'hyperesthésie herniaire, y montre de la sonorité (1), si l'on a affaire à l'intestin ordinairement distendu par des gaz, et de la matité, au contraire, si l'on percute l'épiploon. L'intestin est cependant mat (2), on le devine, s'il est rempli par des corps solides, souvent causes de l'inflammation, soit excréments durcis, soit noyaux de fruits, os, etc. Mais cette matité n'est pas régulière comme celle de l'épiploon.

Les téguments ne sont que tardivement envahis par l'inflammation. Ce n'est guère qu'au troisième ou quatrième jour que l'on remarque une légère coloration de la peau (3) qui devient plus ou moins rouge suivant la violence de l'inflammation. Nous avons vu, à l'anatomie pathologique, qu'elle peut arriver à la suppuration, ou même à la gangrène; mais cette dernière terminaison peut, à raison de sa rareté, être considérée comme une complication.

Dans quelques cas, la peau, le tissu cellulaire, les autres couches (dartos, tunique vaginale chez l'homme) le sac, sont le siège d'une inflammation phlegmoneuse qui est fort grave.

L'orifice inguinal est généralement lâche autour du pédicule de la hernie, au point de permettre l'introduction du doigt (4). Le collet surtout, dans les vieilles hernies jamais contenues, l'est aussi. Cependant, souvent l'anneau est rempli par le pédicule dont l'inflammation a accru le volume ; il peut même l'étreindre et produire un étranglement consécutif plus ou moins serré. Bourget d'Aix a trouvé un *petit sillon circulaire* (5).

(1) Piéchaud, Obs. I, la tumeur est partout sonore.

(2) Chauffard, Obs. XV, la tumeur, partout mate, était une entérocèle cancéreuse.

(3) Dolbeau, Obs. X, téguments rouges le deuxième jour, œdématiés le troisième.

(4) Piéchaud, Obs. I, passe son doigt dans l'anneau.

(5) Bourget d'Aix, Obs. XIII.

Comme premier symptôme fonctionnel, nous pouvons placer aussi cette douleur primitive, locale avec quelque peu de retentissement dans le bas-ventre et qui interdit au malade ses occupations habituelles et le force souvent à s'aliter.

Presque aussitôt apparaissent les troubles digestifs dus probablement à des réflexes excités par l'inflammation du péritoine ou de l'intestin, ainsi qu'on le voit dans la vraie péritonite. Ce sont des hoquets souvent légers, fugaces, quelquefois assez persistants et fatigants, des éructations, des nausées répétées et de petites coliques. Souvent tout se borne là et le repos au lit suffit pour permettre à l'accident herniaire de guérir rapidement même sans fièvre (1).

Trop souvent le cas est plus grave, les signes locaux sont plus accusés (douleur vive, hernie tendue, peau plus rapidement enflammée). Le hoquet n'est pas constant quoique pouvant être fatigant.

Les nausées sont fortes et amènent vite les vomissements qui peuvent survenir dès les premières heures (2).

Ces vomissements, d'abord alimentaires si l'estomac est plein, deviennent bilieux, porracés. Le patient ne peut rien avaler qu'il ne rejette aussitôt. Les vomissements deviennent souvent, mais peu ordinairement, fécaloïdes. D'après Broca, ils ne seraient jamais stercoraux (3).

Les coliques sont généralement violentes et l'abdomen douloureux et tendu (4); moins cependant que dans la péritonite abdominale qui constitue une grave complication possible dont nous nous occuperons plus tard.

(1) Masse, Obs. XIV, réduction le deuxième jour, guérison sans fièvre. — M'Dowell, Obs. XVII, pas de vomissements au bout de quatre jours.

(2) Poinsot, Obs. III ; Chevalier, Obs. V.

(3) Long, Obs. XVI, nausées depuis le matin, vomissements bilieux, pas de selles ; Broca.

(4) Long, Obs. XVI, fièvre, ventre tendu, douloureux.

La constipation existe à des degrés très variables. Absolue elle obscurcit le diagnostie. Le plus souvent elle est grande mais pas opiniâtre ; d'autres fois, très légère, elle peut échapper au diagnostic. Dans les cas habituels il n'y a pas de selles solides, mais il sort encore, par l'anus, des gaz, quelquefois un peu de matières liquides ou en bouillie.

La fièvre est moyenne, 38° à 39° de température vespérale. Le pouls, 100 à 110, est dur, fréquent, plein, franchement inflammatoire. Souvent, il peut être petit, fréquent (1) comme celui de l'étranglement. La soif, très vive, ne peut être étanchée que difficilement; chaque gorgée provoquant les vomissements.

Généralement, entre le sixième et le dixième jour, les accidents diminuent, la fièvre tombe. Il y a moins d'anorexie, de coliques et de douleur; les vomissements s'espacent et disparaissent. Les selles reviennent, soit peu à peu, soit sous forme de débâcle. La tumeur herniaire, qui a diminué de volume, est moins chaude, moins rouge, moins tendue. Tout finit par rentrer dans l'ordre.

Les autres terminaisons peuvent être, vu leur rareté, classées dans les complications. Elles seront étudiées ultérieurement.

Donc, pour nous, il y aurait lieu d'établir trois grandes classes dans cette affection :

Les kélites légères, depuis les cas si fugaces qu'ils passent inaperçus même du malade, bien qu'ils laissent souvent des adhérences entraînant l'irréductibilité ;

Les cas sérieux entraînant du côté de la tumeur, la douleur, l'irréductibilité et les signes locaux de l'inflammation : *rubor, tumor, calor, dolor;* des symptômes fonctionnels considérables, nausées, vomissements, coliques, constipation,

(1) Masse, Obs. XIV, pouls petit, fréquent.

fièvre, soif ardente, mais se terminant généralement par défervescence et résolution.

Souvent tout est confondu par les auteurs sous le nom d'accidents d'étranglement (1).

Enfin, les cas graves, soit par la persistance longue des symptômes suivis de phlegmon, de gangrène, ou de longues suppurations, soit par la violence primitive de l'inflammation amenant rapidement l'inflammation phlegmoneuse de toute la tumeur, des escarres épiploïques, ou intestinales. Un violent étranglement consécutif, une péritonite abdominale.

Nous venons d'étudier les deux premières classes ; nous étudierons les accidents de la troisième au chapitre *Complications*.

Il y a évidemment des cas intermédiaires. Ainsi dans celui de Charles Roubier (2), les accidents lents se placent entre ceux de notre premier et de notre second degré, le huitième jour, la hernie est tendue, peu douloureuse, la peau normale. Comme état général : coliques, nausées, vomissements, constipation ; au dixième jour, l'opération ne montre pas d'étranglement.

(1) Petit, Obs. XVII, accidents dits d'étranglement. Opération, pas d'étranglement.

(2) Charles Roubier, Obs. XIX.

# CHAPITRE V

## Marche, Durée, Complications, Pronostic.

### § I

Les accidents légers de notre première classe ont une marche tranquille, peu inquiétante, se terminant rapidement par résolution ou adhérences. Souvent ils passent inaperçus.

Dans les autres cas, plus sérieux, on voit, dès les premières heures, survenir les douleurs locales, l'irréductibilité et la tension de la tumeur, le hoquet, les nausées, les vomissements rares ou seulement alimentaires et la constipation légère.

Quatre ou cinq jours de repos suffisent ordinairement à dissiper ces accidents.

On n'en trouve plus de traces que dans les commémoratifs.

§ II

Si la kélite, plus sérieuse, entre dans notre seconde catégorie, elle prend un caractère plus alarmant. Dès le début, irréductibilité, hoquet, nausées, vomissements alimentaires. La fièvre survient presque de suite (Richter) (1), « *la soif est « vive et ne peut être calmée, chaque gorgée provoquant de nou- « veaux vomissements* » (Broca) (2).

La tumeur, un peu tendue, est douloureuse. Tout peut encore passer si un chirurgien réduit la hernie par le taxis simple ou avec anesthésie; ou le traitement par le repos, l'élévation, les émollients, si elle était déjà irréductible auparavant; il est important de ne pas trop l'irriter (3).

Quand elle suit sa marche, les phénomènes généraux restent stationnaires (Roubier) (4), les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bilieux, quelquefois fétides, jamais stercoraux (Broca). La fièvre est légère mais franche. La constipation variable, rarement absolue.

La tumeur reste douloureuse, sans maximum de douleur au niveau de l'anneau. Elle est tendue, résistante, de consistance variable, suivant que l'on palpe l'épiploon ou l'intestin, celui-là étant plus dur que celui-ci.

La percussion donne de la matité sur l'épiploon, de la sonorité ordinairement sur l'intestin excepté en des points où il peut être engorgé de matières solides ou liquides.

(1) Richter, *loc. cit.*, p. 130.

(2) Broca, Thèse d'agrégation.

(3) Schoneïder, Thèse, la hernie tranquille rentre après trois semaines.

(4) Ch. Roubier, Obs. XVIII, opération le dixième jour, pas d'étranglement.

La peau, longtemps indemne, s'épaissit, rougit, devient plus chaude vers le troisième ou quatrième jour, preuve qu'elle participe un peu à l'inflammation. Les anneaux libres permettent souvent le passage du doigt explorateur (1). Néanmoins, l'état général est bon, la fièvre légère, la douleur assez supportable; vers la fin de la première semaine, généralement, la phlegmasie décroît; la tumeur diminue ainsi que la douleur, les vomissements. Les selles reparaissent et la hernie, si elle était réductible avant, peut de nouveau être réduite du septième au dixième jour.

On a même vu des hernies irréductibles avant leur inflammation devenir réductibles, soit par déchirure de leurs adhérences au moment de l'accident occasionnel de la phlegmasie (2), soit par suite de résorption de ses adhérences à la guérison de l'inflammation.

On voit donc que les accidents de cette forme (la plus commune) sont peu alarmants et leur pronostic assez bénin.

## § III

Quelquefois l'inflammation, arrivée à cette période que nous venons de décrire comme une période d'état dans la seconde classe, tend à augmenter, aidée, soit par la constitution du sujet, soit par la violence de la cause occasionnelle ou par une prédisposition spéciale de la hernie. On voit alors la peau rougir davantage, devenir plus lisse, plus tendue.

(1) Piéchaud, Obs. I, passe le doigt le deuxième jour.

(2) Desault, Obs. XXVI, épiplocèle irréductible depuis vingt ans, effort suivi de déchirure; trait. antiphl.; réduction; guérison.

La douleur augmente, ne permet pas l'exploration de la tumeur et des anneaux.

La constipation est absolue, la soif très ardente. Les vomissements, loin de cesser ou de s'espacer, deviennent, de bilieux, porracés, fétides, noirâtres, à aspect fécaloïde.

La fièvre, plus vive, à exacerbations vespérales, monte à 39° ou 40°; le soir, on peut voir du délire.

Enfin, à un point de la tumeur, on trouve de la fluctuation; la peau s'amincit, s'ulcère et livre passage à une quantité de pus variable.

Quelquefois il y a simplement un petit foyer purulent, intéressant seulement le sac et les parties voisines : tissu cellulaire et peau, tantôt aussi l'épiploon, pouvant même englober une certaine étendue d'intestin.

Tantôt la tumeur tout entière et le tissu cellulaire sous-cutané sont le siège d'une vive inflammation phlegmoneuse et donnent lieu à un vaste foyer purulent, dont l'ouverture donne issue à du pus louable avec des débris sphacélés d'intestin, d'épiploon, de sac péritonéal et des parties voisines entre lesquelles on remarque les espèces d'écheveaux formés par le tissu cellulaire mortifié.

Cette ouverture est suivie d'une fistule stercorale. Le pronostic en est fort grave.

En d'autres circonstances, il se produit la fin de cette inflammation, au lieu d'une suppuration phlegmoneuse, et, plus rapidement, un foyer renfermant un liquide sanieux, fétide, souvent noirâtre, tenant en suspension des débris gangrénés, quelquefois fort étendus des diverses parties constituant la hernie ou ses enveloppes (1).

Mais parmi les accidents qui compliquent l'inflammation, un des fréquents est celui que nous nommerons l'étranglement consécutif.

Etranglement qui n'existe que produit par l'inflammation

(1) Eustache, de Lille, Obs. XII, gangrène de 73 c. d'intestin.

et simple effet de cette dernière (bien que sa présence assombrisse singulièrement le pronostic).

L'augmentation de volume, suite de l'inflammation agissant sur la hernie (surtout dans celles habituellement maintenues dont la présence n'aura pas fortement dilaté les anneaux) fera bientôt que la tumeur, qui passait facilement à l'état normal, sera serrée, étranglée à ce niveau. La constriction, naturellement, se produira plus ou moins vite suivant le rapport qui existait avant entre le volume de la hernie et la laxité de l'anneau d'une part, et la violence phlegmasique de l'autre. On la verra donc survenir, presque de suite, dans les premières heures, ou il faudra une grande augmentation de volume, résultat d'un travail phlegmasique plus prolongé.

L'apparition de cet étranglement se traduira aussitôt par des signes qui sont : du côté de la tumeur, un œdème rapide très visible si les accidents inflammatoires n'ont pas encore altéré la peau, difficile à constater dans le cas contraire ; une exagération de la douleur au niveau du point étranglé qui ne permet plus de passer le doigt, une aggravation sensible de l'état général, prostration du malade ; chute de la température. Le pouls s'affaiblit, tend à devenir filiforme. Les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes.

L'intensité de ces symptômes dépend du degré de constriction, elle peut être si légère qu'elle passe inaperçue, et le traitement de l'inflammation suffira à guérir l'étranglement consécutif ; d'autres fois, très serrée, elle amènera des accidents fort alarmants et très précoces.

La péritonite est une complication très grave qui peut rapidement emporter le malade. Elle est annoncée par l'aggravation des symptômes généraux, le ballonnement du ventre qui devient très douloureux, on a vu des cas où elle était peu intense (1).

(1) Long, Obs. XVI.

# CHAPITRE VI

## Diagnostic.

L'inflammation est, à notre sens, trop négligée, dans l'étude chirurgicale des accidents herniaires. Nous rattachons ce silence relatif, surtout à la confusion établie par les auteurs entre l'engouement, l'inflammation et l'étranglement; confusion que les discussions succédant aux travaux de Malgaigne, Gosselin et Broca n'ont fait que rendre plus irrémédiable.

Certainement, dans quelques cas, elle est très excusable. Nous venons de voir que l'étranglement peut compliquer l'inflammation; de même un étranglement d'abord peu serré peut le devenir davantage par une inflammation consécutive.

Tâchons d'établir la différence entre les cas types.

§ I

La kélite légère, qui entre dans notre première classe, ne peut guère être confondue qu'avec l'engouement. Souvent les anamnestiques (traumatismes) suffisent à les différencier et à montrer qu'il s'agit d'une inflammation; souvent cet engouement est la cause de l'inflammation et n'a guère d'importance que comme étiologie, les symptômes les plus graves étant dus à cette dernière que l'on doit surtout traiter.

Souvent cette kélite survient dans des épiplocèles; dans ce cas, la matité, la tension un peu élastique de la tumeur font reconnaître la nature de son contenu; or, que serait un engouement de l'épiploon? Cependant on a pu les confondre (1).

Dans les cas d'entéro-épiplocèle, l'anse herniée est reconnue à la sonorité des parties pleines de gaz, à la dureté des parties pleines de matières solides. Dans certains cas, cependant, une anse intestinale remplie par des matières peu consistantes donnera une matité absolue et une sensation pâteuse à la palpation, analogue à celle de l'épiploon légèrement enflammé.

En somme, il faut admettre que les douleurs locales précoces, les vomissements assez rapides, la réaction fébrile, même légère, appartiennent à la kélite et suffisent à la faire diagnostiquer, même lorsqu'il existe un engouement concomitant.

§ II

Les cas de notre seconde classe, qui sont les plus fréquents, ou du moins ceux qui attirent le plus souvent l'attention des

(1) M'Dowell, Obs. XVII, inflammation, opération, évacuation alvine, mort. (Engouement pour l'auteur.)

chirurgiens par leur éclat symptomatique, sont facilement distingués de l'engouement par l'exagération des signes que nous venons de donner comme différentiels.

On les a surtout confondus avec des cas d'étranglement, nous allons tâcher de montrer comment ils en diffèrent, en prenant des cas types pour la clarté de notre exposé.

Les hernies dont nous nous occupons sont plus disposées à s'enflammer qu'à s'étrangler.

« Si la hernie est ancienne, volumineuse, non exactement « contenue, ou irréductible, il est à peu près certain que les « accidents qu'elle détermine sont dus à l'inflammation (1). »

Souvent les commémoratifs éclaireront le diagnostic; on ne conçoit guère un traumatisme amenant l'étranglement; si au contraire la tumeur, habituellement contenue par un bandage serré, est sortie considérablement plus volumineuse que d'ordinaire, on pensera que les anneaux, dont la rétraction a été favorisée par la présence du brayer, compriment fortement le pédicule.

Mais il y a des signes différentiels plus dignes de confiance.

### 1° *Localement.*

La douleur, moins vive, moins irradiante, est presque uniforme dans toute la hernie enflammée; plus vive, retentissant davantage dans l'abdomen, surtout exagérée au niveau du point resserré dans l'étranglement.

Les téguments, assez longtemps indemnes dans l'inflammation, se prennent au bout de trois ou quatre jours, deviennent rouges, lisses, chauds, tendus, présentent un aspect phlegmoneux.

Rapidement empâtés par l'œdème dans l'étranglement, ils

(1) Broca, Thèse d'agrégation, p. 168.

ne s'enflamment que rarement, et ne changent ni de couleur ni de température, ou leurs changements sont dus à de longues tentatives de taxis infructueux,

Dans la kélite, on trouve les anneaux libres. Les premiers jours, le doigt peut pénétrer entre la hernie et l'anneau. Ils sont au contraire fortement appliqués sur le pédicule de la hernie étranglée. Ce signe manque au bout de quelques jours quand l'empâtement de la peau ne permet plus l'exploration des orifices.

On a indiqué une différence de marche dans l'accroissement ou la diminution du volume de la hernie suivant qu'elle est enflammée ou étranglée. La hernie enflammée atteignant rapidement un certain volume en deux ou trois jours et restant ensuite stationnaire ou diminuant (dans le cas ordinaire), la hernie étranglée ayant au contraire toujours tendance à augmenter. Nous n'accordons pas grande confiance à ces symptômes peu fidèles dans les grosses hernies.

Un signe plus sûr est tiré de la consistance de ces tumeurs. D'abord assez tendue, inégale, une hernie enflammée redevient plus molle par degrés, quelquefois elle présente de la fluctuation tendant à la présence d'un liquide séreux ou purulent, dont les phénomènes généraux permettent d'apprécier la nature. — Dans l'étranglement, au contraire, la dureté de la hernie reste longtemps identique ou s'accroît même légèrement, puis brusquement; si rien n'arrête le cours des accidents, la tumeur s'affaisse, devient très molle, souvent crépitante, fluctuante lorsque l'intestin gangrené ne contient plus les matières qu'il renfermait, mais forme avec elles une sorte de bouillie dans le sac herniaire. Ce changement de consistance coïncide ailleurs avec une aggravation notable de l'état général.

Il faut ajouter que quelle que soit la dureté de la hernie dans l'un ou l'autre de ces cas, elle renferme ordinairement un peu de sérosité exhalée par le sac irrité.

2° *Les symptômes généraux.*

Ils sont ordinairement plus accentués et plus rapides dans l'étranglement que dans l'inflammation.

La douleur s'irradie plus ; dans la kélite, le ventre est peu ou point douloureux, à moins de péritonite concomitante, facile à diagnostiquer.

La constipation, absolue dans le cas d'un étranglement, ne l'est pas nécessairement dans l'inflammation (1). Souvent, on a issue par l'anus de gaz ou de matières demi-fluides, elle peut même n'être que fort légère.

Les nausées et le hoquet sont généralement plus forts dans l'étranglement où ils marquent un état général plus grave. Les vomissements de l'étranglement plus accentués, plus précoces, deviennent promptement fécaloïdes, stercoraux ; dans l'inflammation, ils n'arriveraient jamais, selon Broca, à être stercoraux.

L'aspect général du malade varie un peu dans ces deux accidents. Le porteur d'un étranglement est pâle, il a la face grippée, le ventre creusé en bateau, les yeux vitreux ; il rappelle l'aspect typhique. Celui qui souffre d'une inflammation herniaire est moins pâle, moins abattu ; il peut être rouge et agité, délirant ; le ventre est moins déprimé.

Cependant, ces signes sont peu accentués, quelquefois le malade a la face grippée de l'étranglement (2).

La fièvre survenant plus tôt dans l'étranglement (Broca) (3), pour nous à peu près aussi rapidement dans l'inflammation, n'a pas les mêmes caractères. La kélite donne lieu à un pouls dur, plein ; en un mot, comme nous l'avons déjà dit, franche-

(1) Goursaud, Obs. XXVII, accidents dits d'engouement. Autopsie : épiploon enflammé « dans une disposition gangréneuse ».

(2) Chauffard, Obs. XV, face grippée, subictérique.

(3) Long, Obs. XVI, fièvre, peau bien tendue.

ment inflammatoire. Il ne ressemble pas au pouls petit, filiforme de l'étranglement, bien que l'existence de la fièvre dans les deux cas puisse donner le même nombre de pulsations. Quelquefois, il peut être petit, fréquent dans la kélite (1).

La soif est plus ardente dans l'inflammation.

Donc, la laxité des anneaux, la douleur uniforme dans la hernie, et peu irradiée dans l'abdomen, la préservation assez longue des téguments, le volume longtemps stationnaire, la consistance tendue mais pas dure, la constipation non absolue, les vomissements moins graves, jamais stercoraux, l'aspect général moins mauvais et plutôt inflammatoire, la fièvre plus vive, le pouls plein, feront porter le diagnostic de kélite.

On voit que la différence entre la kélite et l'étranglement, sur laquelle nous avons voulu appuyer, est suffisamment marquée, il suffisait de la faire ressortir.

## § III.

Les terminaisons graves de la kélite que nous avons décrites dans notre troisième groupe, seront facilement reconnues à leurs signes particuliers.

L'inflammation phlegmoneuse d'une grosse tumeur herniaire amènera des signes locaux et généraux très manifestes d'inflammation.

La production de la gangrène, à la fin de l'inflammation sera déclarée par les symptômes alarmants que nous avons décrits au chapitre *Complications*.

L'étranglement consécutif de la hernie s'annoncera par

(1) Dolbeau, Obs. X, pas d'étranglement; pouls petit, fréquent.

ses signes propres : constipation absolue, douleurs plus vives à l'anneau, œdème de la peau, vomissements plus abondants, prostration du malade, etc.

Le diagnostic doit encore être établi avec d'autres accidents. La pression continuelle de la pelote herniaire finit souvent, au bout de plusieurs années, par faire naître, au-devant de la hernie, une bourse séreuse qui peut s'enflammer et être alors confondue avec une inflammation herniaire. Cependant, le développement des accidents, l'envahissement plus rapide de la peau, enfin, la liberté de la hernie qui peut rentrer si elle était réductible avant, montreront qu'il s'agit d'une inflammation siégeant au-devant de la hernie.

Nous avons tâché d'établir la différence entre ces types. Elles sont, croyons-nous, assez tranchées pour interdire les erreurs. Malheureusement, il existe beaucoup d'intermédiaires dont le diagnostic très épineux ne permet guère de formuler les indications thérapeutiques. Ainsi qu'une hernie, dont le pédicule remplit normalement les anneaux, s'enflamme, elle sera presque aussitôt étranglée. Cet étranglement, évidemment consécutif, peut dominer l'appareil symptomatique et peut facilement masquer l'inflammation qui la cause.

D'autres cas, comme celui de M. Masse et de Ch. Roubier peuvent être placés entre la première et la deuxième classe.

On peut dire de la kélite comme de la nature, qu'elle ne *procède pas par bonds,* mais par gradation insensible.

## CHAPITRE VII

---

### Traitement.

Le diagnostic étant assuré, les indications sont fort simples, on a à combattre une inflammation locale. Facile à dominer, si elle est légère, elle réclame, quand elle est violente, l'emploi de moyens énergiques.

I

Le repos au lit, la diète, l'élévation de la tumeur, quelques cataplasmes, auront facilement raison des accidents de notre premier groupe.

II

Contre les accidents plus sérieux de la kélite ordinaire il convient d'employer des moyens plus énergiques.

*Réduction.* — Tout d'abord, dans les premières heures, on devra tenter la réduction si la hernie, bien entendu, était ordinairement réductible (1). Les organes une fois rentrés dans leur situation normale, l'inflammation s'apaise d'elle-même, pourvu qu'elle n'ait pas été portée trop loin (dans le cas de Masse la réduction a suffi, bien que faite le deuxième jour).

Mais au bout de quelque temps, la réduction ne suffirait plus, réussit-elle, à calmer la phlegmasie plus violente. Au contraire, le taxis, irritant davantage les organes, aboutit, en cas de réussite, à rentrer des viscères dont l'inflammation vive se propage bientôt à tout l'abdomen. S'il ne réussit pas (et souvent dans ce cas on le prolonge énormément,) ces pressions longues et fortes sur des organes malades ne font que les enflammer davantage, les disposer aux terminaisons funestes de notre troisième classe, et l'inflammation se termine, soit par un phlegmon vaste de toute la tumeur, soit par la gangrène, après quelques jours ou presque de suite (2).

Nous pensons, d'après les observations trouvées dans les auteurs, qu'une hernie enflammée depuis plus de dix heures, ayant donné lieu à des vomissements bilieux, à une vive douleur et à un commencement de réaction fébrile est une contre-indication formelle de la réduction; les tentatives de taxis ne peuvent alors qu'aggraver le mal. Cette contre-indication était connue des anciens auteurs : « *A reductione intestini desistendum tam diu, donec inflammatio abierit.* » (Scultet, p. 3).

Si la hernie était irréductible avant, ou qu'elle ne se trouve plus dans les conditions ci-dessus énumérées, où la réduction est permise, on combattra l'imflammation par les émollients et les antiphlogistiques.

(1) Masse, Obs. XIV, réduction en six minutes de taxis, matin du deuxième jour; guérison.

(2) Eustache, de Lille, Obs. XII, réduction après six heures, inflammation interne consécutive; mort.

Le patient doit être mis au repos au lit dans le décubitus dorsal; la tumeur est élevée soit par une serviette pliée placée dessous, soit par un morceau de carton ou de bois appuyé sur les cuisses et échancré du côté de la hernie.

*Cataplasmes.* — Les cataplasmes (farine de lin, mie de pain, riz, etc.) sont utiles comme émollients (1); on peut les associer aux onctions mercurielles. Il est préférable de les employer froids : « Ils seront froids si les tumeurs sur lesquelles on les applique sont rouges, enflammées, douloureuses (2). »

*Onguent napolitain.* — La pommade mercurielle double ou onguent napolitain est un fort bon résolutif; on l'emploie en onctions sur la tumeur.

On peut se servir aussi de pommade belladonée qui calmerait mieux la douleur.

*Eau froide.* — L'eau froide serait indiquée comme hypothermisant en bains locaux ou en irrigation continue ; elle est rarement employée. L'irrigation a réussi à Malgaigne (3).

*Glace.* — On préfère avoir recours à la glace. Elle a été proscrite par quelques auteurs. Richter (4) dit, d'après Goursand, Louis, Sharp : « Quand la hernie et le bas-ventre sont « enflammés et douloureux, il ne faut point hasarder l'appli- « cation des fomentations froides. »

Boyer (5) craint la gangrène.

Guyemot (6) aurait congelé l'épiploon.

(1) Broca père, Obs. XXV, les cataplasmes suffisent comme tout traitement d'une inflammation causée par deux vers lombrics.
(2) Dorvault, *L'officine,* p. 338, Paris, 1875.
(3) Malgaigne, Manuel sur l'irrigation, p. 63.
(4) Richter, *Traité des hernies*, p. 221.
(5) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales.*
(6) Guyemot, cité par Broca, Thèse d'agrégation.

Un chirurgien distingué, Baudens, a eu tellement à se louer de son emploi, qu'il en a fait l'objet d'un mémoire : « Nous avons constaté la puissante efficacité des réfrigérants « partout où prédomine l'élément inflammatoire. » Il cite des observations de guérisons (1).

Nous croyons à l'efficacité de la glace; les accidents sont possibles, mais faciles à éviter par une légère attention. Dans une de nos observations (2) son emploi fut très utile.

*Saignée.* — La saignée doit être employée comme moyen local, sangsues (3), ventouses scarifiées; et comme moyen général, Richter dit : « Le plus énergique des antiphlogis- « tiques est la saignée... surtout jusqu'à défaillance. »

« L'inflammation et la douleur fournissent les deux indi- « cations principales pour la saignée (4). »

Ce moyen, dont on retire de si bons effets dans diverses inflammations, est trop abandonné selon nous. Dans la kélite, il est fortemment indiqué. Il faut la proscrire si le sujet est vieux, faible ou anémique.

La diète agit à peu près dans le même sens; elle doit toujours être employée.

Les bains tièdes, selon Brandis (5), sont de la plus grande efficacité dans l'inflammation des intestins (6). Les chirurgiens les emploient comme adjuvants du taxis.

La question des purgatifs a été vivement controversée. Richter dit que l'on n'a rien à en espérer, il les accuse

(1) Baudens, *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 261.

(2) Poinsot, Obs. III, ong. nap. bell. et glace apaisent inflammation en deux jours.

(3) Chevalier, Obs. V, quinze sangsues amènent une détente notable de la tumeur.

(4) Richter, *Traité des hernies*, p. 209.

(5)Brandis, cité par Richter, p. 193.

(6) Chevalier, Obs. V, débâcle survient deux heures après un grand bain prolongé.

d'irriter le canal intestinal par l'afflux des matières et du sang.

Goursaud aurait obtenu des succès avec des purgatifs doux (sel d'Epsom).

Nous pensons qu'on doit les employer avec ménagements. Ils sont utiles comme révulsifs, altérants, si l'on a diagnostiqué une épiplocèle enflammée. Indiqués encore si les anneaux, très lâches, ne menacent pas d'étrangler l'intestin à l'afflux des liquides intestinaux, ils ont rendu de réels services, éclairé le diagnostic et contribué à la guérison (1).

Nous les proscrirons : 1° s'ils sont trop irritants ; 2° quand les anneaux ne sont pas très dilatés ; 3° quand l'inflammation intestinale est très vive ; et 4° quand l'intestin gorgé de matières dures (fèces, os, noyaux, etc.), nous fera craindre un engorgement possible.

Les lavements émollients ou laxatifs peuvent être utiles ; irritants, ils doivent être proscrits au même titre que les purgatifs violents.

Les vomitifs et éméto-cathartiques seront rejetés pour les mêmes causes.

On se gardera aussi des lavements de tabac qui ont pu amener, par leur rétention, des phénomènes toxiques.

La soif, ardente dans tous ces cas, est difficile à calmer, car le malade vomit ordinairement la moindre gorgée, c'est le cas de recourir à la glace et aux boissons glacées qui, prises en petite quantité, calment les vomissements et étanchent la soif (2).

Quelques auteurs, entre autres Richter, recommandent l'opium ; il « diminue la douleur et l'inflammation causées « par une irritation méchanique. Il est surtout avantageux « après une saignée suffisante. »

En résumé, si nous avions à traiter un malade atteint

(1) Poinsot, Obs. III, purgatif : calomel, jalap ; *aa* 1 gr. en 3 paquets, suivi d'effets et de diarrhée.

(2) Piéchaud, Obs. II.

d'une grosse kélite inguinale dont les accidents rentreraient dans notre seconde classe, nous tenterions, dans les premières heures, la réduction, si la hernie était réductible avant.

Si la hernie était, avant, irréductible, ou si les accidents étaient trop avancés, nous ordonnerions : le repos au lit, dans le décubitus dorsal; l'élévation de la tumeur, des onctions mercurielles belladonnées et des cataplasmes froids.

Si la tumeur est très enflammée, très chaude, ou si la température extérieure est très élevée, la glace est indiquée, soit dans des vessies, des sacs en caoutchouc, soit placée sur quelques brins de charpie et formant ainsi le cataplasme de glace de Bandens.

Si le malade est fort, pléthorique, et la réaction fébrile violente, la saignée même abondante est indiquée.

Les purgatifs doux seront utiles si la tumeur ne contient pas d'intestin; si, en contenant, les anneaux sont très lâches; proscrire les drastiques et éméto-cathartiques.

Les lavements laxatifs seront employés comme adjuvants.

La soif sera calmée par les boissons glacées.

Les opiacés enfin pourront soulager le malade.

## III

Les accidents de notre troisième groupe réclameront une intervention encore plus énergique, faute de laquelle la rapidité de leur marche, l'intensité de leurs symptômes font courir les plus grands dangers au patient.

L'inflammation phlegmoneuse étendue à toute la tumeur sera combattue par un traitement anti-phlogistique très énergique, saignées générales et locales, glace en permanence. Si la suppuration paraît inévitable, débridement

hâtif par de longues incisions pour éviter les gangrènes étendues.

L'emploi énergique des antiphlogistiques suffira ordinairement à éviter la gangrène consécutive. Quant elle se produit, il faut réséquer le plus vite possible les parties gangrenées, en usant, dans l'opération et le pansement, de toutes les précautions antiseptiques. Il en résulte une fistule stercorale ayant de la tendance à se fermer seule (1). L'on peut faire la suture intestinale au cours de la première opération. La plupart des chirurgiens préfèrent attendre la guérison des premiers accidents pour opérer dans de meilleures conditions de réunion.

Si le diagnostic est difficile quand la kélite est accompagnée d'un étranglement assez serré pour être digne d'attention, les indications dans ce cas sont encore plus obscures.

Nous pensons qu'il y a lieu d'avoir recours aux antiphlogistiques très énergiques, saignées abondantes, grands bains, glace environnant la tumeur, etc. Ils peuvent calmer suffisamment l'inflammation pour faire disparaître l'étranglement consécutif.

Si la violence des accidents ou le resserrement des anneaux nous font craindre, au contraire, la gangrène consécutive, le débridement est formellement indiqué (2). Il doit être entouré de toutes les précautions antiseptiques. Si l'on trouve les parties herniées très enflammées et rouges, on ne doit pas les réduire, mais panser seulement à plat, ou entourer les téguments incisés pour obtenir leur réunion immédiate.

La péritonite abdominale, complication grave, arrive surtout quand on a réduit une hernie trop enflammée. Quelquefois elle se montre par propagation, quand on n'a pas réduit.

(1) Bourget d'Aix, Obs. XIII, fistule stercorale, oblitération, guérison.
(2) Heulhard, Obs. IX, débridement pour réduire plus facilement l'intestin contus.

Son traitement est assez connu pour qu'il soit inutile d'y insister. Notons néanmoins que dans le cas de Long (1), où elle était légère (après la réduction), elle fut calmée par des applications de collodion.

(1) Long, Obs. XVI, application de collodion contre péritonite abdominale consécutive; guérison.

# OBSERVATIONS

## Observation I

*Hernie inguinale enflammée.*

(M. T. Piéchaud, chef de clinique chirurgicale, service de M. le professeur Lanelongue, Bordeaux 1882).

(Observation communiquée par M. le professeur agrégé Piéchaud. — Inédite).

M. R..., âgé de cinquante-six ans, exerçant la profession de pêcheur, se présente, en juin 1882, dans le service de M. le professeur Lanelongue, salle 17, n° 20. Il est atteint d'une volumineuse hernie inguinale droite.

Cette hernie, très ancienne, mais habituellement contenue par un bandage, a le volume de deux poings. La veille au matin, le malade, qui avait négligé de prendre son bandage (ce qu'il faisait quelquefois), sentit, en faisant un effort, que sa hernie devenait douloureuse et semblait tout à coup augmenter. Il dut en effet abandonner bientôt son travail et revenir chez lui. Le repos au

lit diminua à peine ses souffrances qui étaient assez vives : il eut même un ou deux vomissements, quelques nausées, de la constipation opiniâtre, accidents qui le déterminèrent à venir à l'hôpital Saint-André.

La hernie est volumineuse, mais moyennement tendue et peu sonore. La peau n'a pas changé de couleur, elle est souple. Quand on saisit la masse, elle ne donne pas la sensation des parties dures et molles mélangées, ce qui écarte l'idée d'un engouement herniaire ; l'épiploon ne semble pas uni à des anses intestinales en notable proportion. Enfin, la palpation détermine partout de la douleur qui, si elle n'est pas vive, témoigne d'un certain degré d'irritation, d'inflammation profonde.

Détail important, l'anneau est large, le doigt introduit jusqu'à lui le pénètre assez bien ; en sorte que, avec les caractères d'une hernie inguinale volumineuse, munie d'un anneau largement ouvert, on doit admettre l'existence de l'inflammation, mais sans étranglement.

Les vomissements ont cessé depuis la veille au soir ; mais la constipation persiste. L'émission des gaz et des matières solides est complètement supprimée.

Le ventre est légèrement ballonné, et l'on suit, au-dessus de l'arcade crurale, du côté de la hernie, un cordon dur, le pédicule, qui est assez douloureux. La douleur ne se propage pas au delà.

Les caractères constatés ne pouvant se rapporter qu'à l'inflammation herniaire, déterminée par la négligence du malade (léger traumatisme pendant l'effort, addition probable d'une nouvelle anse intestinale à ce moment), un traitement antiphlogistique fut immédiatement institué. L'inflammation est d'autant plus certaine que le malade avait déjà éprouvé des accidents analogues : au bout de deux jours, la hernie rentrait.

Le taxis léger n'ayant fait que provoquer une douleur plus grande, M. le professeur Lanelongue prescrit de larges onctions d'onguent napolitain recouvertes de cataplasme de riz, des bains tièdes prolongés, et le repos au lit, les cuisses soutenues par un coussin, la tumeur soulevée par un coussin en balle d'avoine.

Le deuxième jour, lendemain de l'admission, le malade a bien dormi, a rendu quelques gaz ; le ventre n'est plus tendu, la hernie diminuée de moitié.

Quelques heures plus tard, la réduction complète se produit ; il ne reste de la hernie que l'anneau large à travers lequel les anses intestinales s'engagent encore avec grande facilité si le malade se tient debout ou fait un effort sans avoir appliqué son bandage.

## Observation II

*Hernie inguinale, volumineuse ; taxis, étranglement consécutif, kélotomie ; mort.*

(Observation communiquée par M. le professeur agrégé Piéchaud. — Inédite.)

Mme R..., âgée de quarante-six ans, me fait appeler en mai 1886, pour une hernie volumineuse qu'elle a depuis fort longtemps mais dont elle m'a toujours caché l'existence, bien qu'à maintes reprises, j'ai été appelé à lui donner des soins.

Mme R... n'a jamais porté régulièrement son bandage herniaire, aussi la hernie était-elle rarement maintenue et a-t-elle pris des proportions énormes.

Quand je suis appelé, il est six heures du soir. Le matin du même jour, Mme R... a ressenti, en se levant, une douleur vive dans sa hernie. La douleur a rapidement augmenté, des coliques sont survenues. Il y a eu bientôt des vomissements et finalement constipation absolue. En mon absence, un médecin est appelé. Il pratique immédiatement le taxis, et un taxis prolongé bien que la hernie eût le volume d'une tête de fœtus à terme.

Le malade me dit que les manœuvres du taxis ont été fort longues (2 heures) et extrêmement douloureuses. D'autant plus qu'elle avait essayé, comme autrefois, de faire rentrer elle-même

sa hernie par des pressions, en attendant l'arrivée des secours qu'elle avait envoyé chercher.

L'examen me montre une tumeur considérable, inguinale droite, tendue, à peau violacée, certainement ecchymosée par le taxis, très douloureuse. Ventre tendu, anxiété du visage, pouls assez petit et fréquent.

Cependant l'anneau inguinal est large et laisse assez bien pénétrer l'extrémité du doigt.

Je prescris l'opium, le repos, les émolients. Quelques boissons toniques propres à relever les forces.

Le lendemain matin (deuxième jour), l'état est à peu près le même, sauf peut être l'aspect général moins mauvais ; les forces se sont relevées, et le pouls est meilleur. Il n'y a eu ni selle, ni émission de gaz.

Je maintiens le même traitement en ajoutant quelques fragments de glace pour calmer la soif qui est assez vive. La tension de la hernie étant de plus en plus grande, je me décide, pour la diminuer, à faire une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. J'obtiens à peu près 120 à 150 grammes de liquide séro-sanguin. La tumeur assouplie par cette ponction qui a, en partie, vidé le sac, je constate la présence d'anses intestinales dures, tendues.

Le matin du troisième jour, rien n'est changé. Loin de montrer une tendance à la réduction, la hernie est de nouveau devenue très dure, tendue. Je fais une seconde ponction avec un trocart fin et l'aspirateur. Cette fois j'obtiens du sang noir absolument pur.

Très préoccupé de cette situation et de la grave responsabilité qu'elle entraîne, j'appelle en consultation MM. les professeurs Lanelongue et Coyne qui partagent mon avis, lorsque je leur expose qu'après avoir vainement attendu la réduction spontanée qui ne se produit pas, je crois devoir pratiquer la kélotomie, seule chance, encore très faible de salut, qui reste à la malade.

L'opération acceptée, je pratique une longue incision suivant le grand axe de la tumeur. Incision qui traverse les tissus infiltrés de sang, et me fait rapidement pénétrer dans le sac. Immédia-

tement à travers cette grande incision s'écoule une liquide analogue à celui de la première ponction (séro-sanguinolent). On voit alors des anses intestinales distendues outre mesure, noires, infiltrées qu'elles sont par du sang; à parois épaisses, tuméfiées, et recouvertes uniformément de petites fausses membranes inflammatoires qui partagent en plusieurs points la couleur de l'intestin qu'elles recouvrent. L'épaisseur des parois intestinales est tellement infiltrée de sang qu'on ne peut, malgré la destruction ou l'altération du péritoine viscéral sur quelques parties, reconnaître la présence de fibres musculaires. J'ajoute cependant qu'il n'existe pas de sphacèle : l'intestin possède encore sa circulation, comme le témoignent de petites gouttelettes de sang qui paraissent après de légères piqûres.

Sur le péritoine pariétal, épaississement, fausses membranes. Bien que l'anneau soit très large, il m'est impossible d'y faire pénétrer le doigt. L'intestin, par l'énorme volume qu'il a acquis, par le liquide qui s'est accumulé dans sa cavité, s'est certainement étranglé consécutivement sur un anneau pourtant très largement ouvert. La preuve m'en est bientôt fournie. Après des débridements multiples, ne pouvant cependant réduire l'intestin tant il est volumineux (notons ici que sa longueur est d'au moins 70 centimètres.) je fais avec un fin trocart une ponction, elle me donne du sang noir, exactement pareil à celui de la deuxième ponction. Il est donc certain que mes deux ponctions avant la kélotomie avaient porté, l'une sur le sac, l'autre sur l'intestin; mais il est aussi très certain que l'intestin, surmené par le taxis forcé, a été, sous son influence, infiltré de sang, et sa muqueuse est devenue le siège d'une véritable hémorragie qui l'a distendue. L'infiltration et l'hémorragie interne ont déterminé l'étranglement.

Pendant que je cherche à réduire sur divers points, il se produit des fissures qui donnent un écoulement abondant de sang, tant la cavité de l'intestin est encore distendue par l'épanchement qui s'est fait à son intérieur.

J'applique des ligatures en bourse avec du catgut. Enfin, j'ob-

tiens la réduction après des difficultés énormes, et je termine le pansement, en suivant les rigoureux préceptes de la méthode antiseptique.

La malade, épuisée par trois jours de souffrances, meurt dans la nuit.

### Observation III

*Grosse hernie inguinale droite enflammée ; émollients, purgatifs suivis de selles ; guérison.*

(Communiquée par M. le professeur agrégé Poinsot. — Inédite.)

X.., âgé de quarante-huit ans, entre, le 8 septembre 1881, dans le service de M. Poinsot, professeur agrégé suppléant le professeur Lanelongue. Il est couché lit 14, salle 17.

Il raconte que depuis longtemps il est porteur d'une hernie scrotale droite du volume du poing, qu'il n'a point l'habitude de réduire ; il se contente de la contenir, à l'aide d'un suspensoir. Cette hernie était jusque là demeurée indolente, et ne le troublait qu'en provoquant de légères coliques, lorsque, il y a deux jours, à la suite de fatigues, elle est devenue douloureuse, tendue et a augmenté de volume ; depuis la veille, il éprouve des nausées, et, le jour même de l'entrée, il a eu des vomissements porracés.

A l'examen, on constate que la hernie a presque le volume de deux poings ; elle est nettement piriforme, sommet dirigé en bas ; on ne constate pas de resserrement appréciable au niveau de l'anneau. L'ensemble de la tumeur est douloureux à la pression sans qu'il soit possible de trouver de douleur plus exquise dans la partie avoisinant le collet. La partie du ventre qui répond à la hernie est un peu empâtée à la pression ; les vomis-

sements persistent, mais éloignés. Le facies est bon, le pouls plein, le malade n'a point l'aspect que présentent d'ordinaire les sujets atteints d'étranglement herniaire.

L'ancienneté et le volume de la tumeur, son défaut habituel de contention, d'une part, et d'autre part le caractère franchement phlegmasique des accidents, font porter le diagnostic d'inflammation d'un sac herniaire volumineux.

M. Poinsot ordonne des applications d'onguent napolitain belladoné et de glace. Le lendemain 9, le malade doit prendre un gramme de calomel et de jalap en trois paquets, pour rétablir le cours des selles et assurer, si possible, le diagnostic.

La purgation est suivie de selles profuses et diarrhée. Le 11 tout était rentré dans l'ordre.

Le malade entre quelques mois plus tard dans un autre service, avec des accidents qui paraissent aussi porter le même caractère. La réduction ayant échoué, on crut devoir recourir à la kélotomie qui fut suivie de mort.

## Observation IV

*Grosse hernie; inflammation; guérison par résolution.*

(Observation communiquée par M. le Dr Rivière, chef de clinique d'accouchement. — Inédite.)

X..., âgé de quarante-deux ans, d'une intelligence très faible, est porteur, depuis de longues années, d'une hernie inguinale droite volumineuse. Cette hernie, facilement réductible, est rarement maintenue réduite par le patient, qui, bien que possédant un bandage herniaire, néglige le plus souvent d'en user et fait de longues courses sans prendre aucune précaution.

Une première fois, il y a quelques années, le malade fut atteint d'accidents analogues à ceux pour lesquels je suis appelé auprès de lui le 4 mars 1883.

Après une promenade fatigante, le 3 mars, la hernie, que le bandage ne maintenait pas depuis déjà plus d'une semaine, s'était refusée, le soir, à rentrer dans la cavité abdominale. Dans la nuit, le patient éprouve des douleurs vives dans la région inguinale. La hernie augmente considérablement de volume. Les vomissements apparaissent.

Quand, le 4 mars, j'examine le malade, je constate un léger mouvement fébrile ; la température est à 38°, le pouls à 102. Dans la région inguinale droite est une tumeur du volume d'un gros poing d'adulte ; elle descend jusque dans la bourse de ce côté. La peau est tendue, rouge et chaude à ce niveau. La tumeur est rénittente, mollasse, alternativement mate et sonore. Il n'est pas possible d'arriver sur l'anneau inguinal ; l'examen, pratiqué avec la plus grande douceur, est cependant très douloureux.

Le malade a des vomissements peu abondants, simplement bilieux. L'émission des gaz par l'anus n'est pas supprimé.

En présence de ces accidents, je crois devoir écarter l'idée d'un étranglement herniaire franc et je pense plutôt à une inflammation herniaire.

Je ne tente, pour l'instant, aucune manœuvre de réduction ; je place en permanence sur la hernie un sac de glace, je fais prendre au malade de la limonade et du vin glacé.

Le soir même, le volume de la hernie a notablement diminué, les accidents sympathiques ont presque disparu et, le lendemain matin, j'opère sans effort la réduction de la hernie. L'anneau est considérablement élargi et témoigne que l'inflammation de la hernie constituait le seul accident possible.

Le patient porte fidèlement, depuis cette époque, son bandage et n'a présenté aucun accident.

## Observation V

*Hernie inguinale droite enflammée, guérison.*

(Observation recueillie par M. le Dr Chevalier, chef interne, dans sa clientèle privée, et communiquée par lui. — Inédite.)

Blouin, soixante-quatre ans, charpentier ; hernie inguinale droite depuis sa jeunesse, contenue incomplètement par des bandages depuis quelques années, entéro-épiplocèle irréductible par adhérence, il y a quatre ans, inflammation herniaire guérie par quelques jours de repos au lit.

Dans la nuit du 13 au 14 avril 1881, le malade remarque que la hernie est devenue plus volumineuse et douloureuse ; il est pris de vomissements alimentaires ; M. le Dr Chevalier, appelé le lendemain soir, 15, constata une hernie grosse comme les deux poings avec péritonite herniaire. Malade abattu, souffrant, pas de selles depuis quarante-huit heures, malgré quelques lavements émollients. Il prescrit onctions avec onguent napolitain, cataplasmes de riz, grand bain d'une heure, potion antispasmodique avec 2 gr. de bromure de potassium, 45 gr. d'huile de ricin le lendemain matin.

Le 16, vomissements, constipation, tumeur a le même volume ; prescription : grand bain, lavement avec une poignée de sel marin ; pour le lendemain, 45 gr. d'huile de ricin : pas de résultats ; le 17, vomissements bilieux et alimentaires.

Tumeur herniaire rouge, enflammée, douloureuse, points sonores et points de matité à la percussion ; pas de fluctuation.

M. le professeur agrégé Demons, appelé en consultation, confirme le diagnostic de hernie enflammée ; quinze sangsues. Tumeur est un peu détendue. Les vomissements et la constipation conti-

nuent; cataplasmes de riz, grand bain et onctions mercurielles. Nuit de samedi 17 au dimanche 18 est aussi mauvaise que les autres, douleurs abdominales, vomissements, douleurs dans la hernie; aucun gaz par l'anus. Dimanche matin 18, lavement purgatif, pas de selles; vomissements alimentaires et même fécaloïdes qui continuent la nuit et le lundi.

Lundi, 19, purgatif drastique avec 30 gr. d'huile d'amandes douces et une goutte d'huile de croton; douleurs abdominales pendant la journée, vomissements bilieux peu abondants. Nuit très mauvaise, douleurs et vomissements opiniâtres que ne peut calmer l'ingestion de glace. Tumeur un peu diminuée est couverte d'onguent napolitain et de cataplasmes.

Mardi, 20, grand bain prolongé vers dix heures du matin; à une heure de l'après-midi, selles très abondantes, soulagement subit, cessation de vomissements. Repos, diète.

Jusqu'au samedi, diarrhée abondante combattue par régime lacté exclusif. Repos moins strict.

Le dimanche, 26, le malade était guéri.

## Observation VI

*Grosse hernie inguinale enflammée; réduction incomplète; guérison.*

(Note communiquée par M. le professeur agrégé, T. Piéchaud. — Inédite).

J'ai, en 1880, observé à Lariboisière, dans le service de M. Labbé dont j'étais l'interne, une hernie inguinale volumineuse chez une femme de quarante-cinq ans. Cette hernie avait à peu près le volume d'une tête d'enfant et offrait tous les caractères de l'entéro-épiplocèle.

Depuis longtemps irréductible, elle devenait assez souvent le

siège d'accidents inflammatoires très nets qui déterminaient de la douleur, de la constipation opiniâtre et quelques vomissements.

Admise à Lariboisière, à la suite d'une de ces périodes inflammatoires, la malade présentait encore une douleur assez vive et de la constipation qui disparurent avec un traitement antiphlogistique (onguent napolitain, bains, cataplasmes, repos). L'anneau était large et ne permettait pas d'admettre un seul instant l'idée d'étranglement.

Quand les symptômes de l'inflammation furent calmés et qu'on put mieux examiner cette hernie volumineuse, on constata qu'en divers points il existait du frottement à crépitation neigeuse et que très probablement sur diverses parties, l'intestin et l'épiploon se trouvaient fixés par des adhérences.

Sans y mettre de violence, il fut, les jours suivants, facile, par des manœuvres lentes plusieurs fois répétées, d'amener progressivement, peu à peu, la réduction d'une partie de l'intestin et de l'épiploon en les mobilisant.

## Observation VII

(Observation communiquée par M. le Dr Fleury, chirurgien en chef, directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Inédite).

Je suis appelé à Rignad, le 23 mai 1884, pour y voir un homme, âgé d'une quarantaine d'années, qui est atteint depuis longtemps d'une hernie volumineuse et irréductible.

Depuis quatre à cinq jours existent des symptômes d'étranglement qui sont survenus sans cause connue.

Il n'existe au niveau de l'anneau aucune constriction; je ne vois donc aucune opération à pratiquer.

L'arrêt des matières doit être causé par quelque adhérence qui existe entre les anses intestinales.

La glace, la belladone n'ont eu aucun effet. Je prescris de la teinture de noix vomique qui détermine des selles; mais la péritonite, qui est locale, s'étend à la séreuse abdominale et détermine la mort.

L'autopsie n'a pu être faite, mais une observation semblable, recueillie à l'Hôtel-Dieu de Clermont, à peu près à la même époque, nous a permis de constater les lésions qui existaient et qui sont probablement les mêmes.

## Observation VIII

(Observation communiquée par M. le Dr Fleury, chirurgien en chef, directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Inédite).

Mony (Jean), soixante et un ans, d'Ussel, cultivateur à Champeix. Entré le 5 mai 1884, mort du 11 au 12.

Hernie inguinale gauche très volumineuse, existant depuis vingt ans, n'ayant jamais été maintenue par un bandage, soutenue par un sac de toile.

Depuis quelques jours la tumeur est devenue douloureuse à la suite d'un travail pénible.

Péritonite locale qui a entraîné la mort, avant qu'elle n'eût gagné tout l'abdomen.

Pas de constriction au niveau de l'anneau. Le point de départ des accidents n'est donc pas dans cette région.

Peu de douleurs les premiers jours, la constipation a été combattue par des lavements purgatifs et des pilules de belladone, sans succès.

A l'autopsie, les anses intestinales adhéraient très légèrement

dans la portion herniée, mais cela suffisait pour arrêter le mouvement vermiculaire de l'intestin.

La constriction au niveau du sac était très légère comme je l'avais pensé. La muqueuse était saine à son niveau.

Dans la masse d'observations que nous avons trouvées dans les auteurs, nous avons été obligé de faire un choix. Nous pensons avoir pris quelques-unes de celles qui offrent le plus d'intérêt et donnent le plus d'appui à une opinion que nous défendons.

### Observation IX

*Grosse hernie inguinale ancienne; elle sort, est irréductible, le malade revient à cheval. Opération; sérosité 15 grammes; intestin grêle 25 centimètres; pas de réduction; débridement; guérison.*

M. G..., quarante-huit ans. Hernie inguinale datant de neuf ans, maintenue depuis cinq ans par un bandage. Le 17 janvier, effort pour soulever un fardeau, la hernie glisse sous le bandage et ne peut rentrer. Le malade *revient chez lui à cheval* souffrant beaucoup, tourmenté par des hoquets et des vomissements. Le soir, saignée, bain, taxis infructueux à diverses reprises. La tumeur est grosse comme le poing, très douloureuse. On sent avec le doigt que l'anneau inguinal est libre. Diagnostic : étranglement par le collet du sac.

Dans la nuit du 17 au 18, moins de douze heures après l'accident, on pratique l'opération. Le sac contient 15 grammes de sérosité rougeâtre ; il renferme 25 centimètres d'intestin grêle.

« Cet intestin était d'un rouge violacé ; l'inflamation était « arrivée à un degré considérable, mais contrairement à ce qu'on

« observe d'habitude, l'intestin paaraissait d'autant moins malade « qu'on l'examinait plus près du lieu où nous supposons qu'exis- « tait l'étranglement, l'extrémité du petit doigt, introduite, s'en- « gageait sans trop de difficulté dans le collet du sac rétréci par « un repli falciforme. Je le confesse avec toute franchise, un intes- « tin sain eût pu rentrer par cette ouverture, grâce à un taxis « ménagé. »

Comme l'intestin était fortement contus et très enflammé, le chirurgien prit le parti de débrider l'ouverture afin de pratiquer plus mollement la réduction. Il eut lieu de se féliciter de cette conduite prudente car son malade guérit rapidement.

(Heulhard, *Journal de Chirurgie*, de Malgaigne, 1846, t. IV, p. 112 et 113.)

## Observation X

*Entéro-épiplocèle congénitale gauche, enflammée; obstruction intestinale; opération; guérison.*

B..., vingt ans, admis d'urgence à Beaujon, le 26 juin 1874, porte une hernie inguinale gauche, du volume du poing.

Hernie parue subitement le 23 juin à la suite d'un effort, aussitôt douleurs, fortes coliques, vomissement, alimentaires, puis bilieux, constipation.

Pendant deux jours, sangsues sur les bourses, taxis inutile. Le 26, à l'entrée, face grippée, abattement, gémissement, pouls petit, fréquent; peau froide, couverte de sueur, aucune élévation de température au thermomètre.

Dans la région inguino-scrotale gauche, tumeur piriforme, grosse comme le poing fermé, à grosse extrémité inférieure, tégu-

ments *rouges, tuméfiés, comme enflammés*, portant la trace des piqûres des sangsues.

Palpation : les téguments, œdématiés, pâteux, glissent sous la tumeur; celle-ci, molle, fluctuante, est mate dans toute son étendue quoique beaucoup moins vers l'anneau inguinal.

La tumeur semble englober le testicule. Ponction aspiratrice et issue de 80 grammes de sérosité sanglante, affaiblissement notable de la hernie, palpation plus facile, le testicule est environné par l'épiploon.

Diagnostic : entéro-épiplocèle gauche enflammée; 60 grammes d'huile de ricin émulsionnée à prendre par cuillerée, d'heure en heure. Le lendemain, aucune évacuation alvine n'a eu lieu. Etat général plus menaçant; Dolbeau opère. Scrotum incisé dans toute la longueur de la tumeur, peau et tissus sous-adjacents œdématiés.

Sac rempli par 60 ou 80 grammes de liquide sanguinolent. *Masse épiploïque rouge, tuméfiée*, couverte d'ecchymoses quelques adhérences avec le sac qui communique avec la cavité vaginale.

Au centre de cette masse, anse intestinale complète *un peu congestionnée*; quelques adhérences avec l'épiploon. Le doigt introduit dans le canal, contourne tout l'intestin; *aucune cause d'étranglement.* Quelques adhérences peu résistantes, à ce niveau; on le détruit et on réduit facilement l'intestin.

Résection de l'épiploon qui enchâssait le testicule, quelques adhérences entre les deux.

Médication opiacée. Cataplasme de fécule sur la plaie. Douleurs, vomissements, algidité, disparaissant presque aussitôt. Quelques gaz par l'anus dans la journée.

Gardes-robes seulement six jours après; le 3 juillet convalescence. Le 10 juillet, légère fièvre, point douloureuse, fluctuante, sur le trajet du cordon spermatique gauche. Incision : une cuillerée à café de pus.

Le 26 juillet, le malade guéri, sort de l'hôpital avec un bandage.

(Dolbeau, *France médicale*, 18 décembre 1874.)

## Observation XI

*Grosse hernie inguinale; expectation et taxis pendant huit jours; opération le neuvième; mort douze heures après.*

Homme de soixante-trois ans, souffrant depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qu'il pouvait réduire lui-même et qu'il contenait avec un bon bandage. Tout à coup, la hernie sort avec un volume beaucoup plus gros que d'ordinaire. Le taxis fait par le malade d'abord puis par le médecin est impuissant. Phénomènes d'étranglement. La tumeur a le volume d'une tête d'adulte, elle est modérément tendue.

Pendant huit jours, on eut recours, mais en vain, à l'expectation et à des tentatives de taxis. L'opération fut faite le neuvième jour; on dut ouvrir le sac : masse énorme d'intestin grêle, péritonite herniaire. Pendant les manœuvres de réduction, on voit apparaître des matières stercorales. La mort survient douze heures après.

*Autopsie.* — Le sac herniaire contient tout l'intestin grêle, le cæcum et une partie du côlon ascendant. Ulcération à la base de l'appendice vermiculaire. C'est elle qui avait donné issue aux matières stercorales.

(Unusually large inguinal hernia, operation, death, by Bradley.— *Méd. times and Gazett,* vol. I, p. 617, year 1878.)

## Observation XII

*Grosse hernie inguinale droite; réductible, jamais contenue; trois tentatives de taxis infructueuses; inversion, réduction; mort dix jours après par inflammation interne consécutive; autopsie.*

Homme de trente-six ans, hernie inguinale droite depuis cinq ans. Réductible, jamais contenue.

Le 25 mai, à 10 heures du soir, tumeur douloureuse et irréductible. Un quart d'heure après vomissements. Le médecin fait cinq minutes de taxis inutile. A quatre heures du matin, le malade entre à l'hôpital. Hernie grosse comme tête de fœtus. Corps placé dans l'inversion. Réduction au bout de sept minutes avec taxis.

Le 27, deux garde-robes sanglantes avec un demi-litre de sang. Prostration, vomissements. Mort le 5 juin, dix jours après la réduction.

*Autopsie.* — Dans fosse iliaque droite, foyer avec intestin grêle gangrené sur 73 centimètres. Sac herniaire contient liquide fétide, et descend jusqu'au testicule. Orifice admet deux doigts.

Discussion : Trélat pense à inflammation intestinale avec ou sans péritonite herniaire. Desprès pense de même et dit que les grosses hernies intestinales ne s'étranglent jamais, à moins qu'elles ne soient aussi des épiplocèles, mais sont sujettes à péritonite herniaire avec propagation possible au tube intestinal voisin.

(Hernie inguinale étranglée, taxis facile au bout de dix heures. Gangrène étendue de l'intestin ; mort, par Eustache, de Lille. Rapport par P. Berger. Discussion par Verneuil, Trélat, Desprès, Le Dentu et Nicaise, *Bull. Soc. chirurg.*, p. 555, 1879.)

## Observation XIII

*Hernie inguinale, droite, congénitale, enflammée. Signes d'étranglement, kélotomie ; fistule stercorale ; guérison.*

J. H..., vingt-quatre ans. Hernie inguinale droite, congénitale, irréductible depuis seize ans.

22 mai, signes dits d'étranglement. Purgatifs sans effet; opération le 25 mai, soixante-huit heures après début, adhérences solides et résistantes, parfaitement organisées, ayant l'aspect d'adhérences anciennes, fixant l'intestin et l'épiploon à la partie postérieure et supérieure du sac. Des adhérences semblables, mais moins étendues existent entre l'intestin et l'épiploon. L'anse intestinale comprise dans la hernie, longue de 15 à 20 centimètres, légèrement tuméfiée et infiltrée de sérosité, présente au niveau du siège de l'étranglement, un petit sillon circulaire; et à la partie inférieure de sa convexité, deux plaques gangréneuses de forme irrégulièrement ovalaire, très rapprochées l'une de l'autre, représentant ensemble une surface de 10 à 12 millimètres dans son plus grand diamètre.

Partout ailleurs, l'intestin conserve sa vitalité. Il est seulement un peu dépoli en quelques points, et offre une coloration rouge brunâtre.

L'épiploon forme une masse indurée du volume d'une petite orange, de couleur vineuse très foncée. La surface interne du sac présente une rougeur vive dans la plus grande partie de son étendue ; on n'y distingue, sur aucun point, des traces de fausses membranes, ni d'adhérences récentes. L'étranglement siège au collet, à la hauteur de l'orifice supérieur du canal inguinal. La constriction n'est pas très profonde.

Destruction des adhérences, ligature et excision de l'épiploon, réduction de l'intestin, fistule stercorale s'oblitérant spontanément en un mois. Guérison complète, sortie de l'hôpital le trente-troisième jour.

(Bourget d'Aix, *Mémoire,* De l'étr. nglement dans les hernies compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité, *Bull. et Mém. Soc. chirur.*, Paris 1880, p. 516.)

## Observation XIV

*Grosse hernie inguinale enflammée ; réduction le deuxième jour ; guérison.*

Femme, soixante-quatorze ans. Hernie depuis longtemps, ordinairement réductible, maintenue par bandage. Irréductible le 3 octobre 1880 (mardi); jeudi, douleurs, vomissements fécaloïdes le soir, pouls petit, fréquent; vue le matin à huit heures. Volumineuse hernie inguinale tendue, douloureuse à pression. Malade pâle et refroidie; réduction sans violent effort après cinq minutes de taxis. Compression par un spica ; vomissements persistent moins fréquents. Infusion de séné. Lavement sirop de nerprun. Le soir, selle assez copieuse.

Vendredi, vomissements; samedi aussi. Le soir, débâcle suivie du bon état général; guérison.

(Masse, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.*)

## Observation XV

*Hernie inguinale ancienne de l'S iliaque; cancer de l'anse herniée avec propagation au sac; cancer secondaire du sac; péritonite aiguë terminale.*

Très résumée :

Homme, cinquante-deux ans, entre le 20 juin 1882; depuis la veille accidents, face grippée, subictérique, langue bilieuse, pouls petit, ventre ballonné, tympanique, douloureux, vomissements verdâtres, fièvre, diarrhée séreuse.

Grosse hernie inguinale gauche depuis vingt et un ans.

Une fois étranglée et réduite par taxis, ordinairement maintenue par bandage, irréductible depuis six mois.

Actuellement : volume des deux poings, peu douloureuse, irréductible, pâteuse, mate.

Malade alcoolique depuis quelques semaines, diarrhée abondante, amaigrissement, faiblesse.

*Diagnostic :* vieille entéro-épiplocèle irréductible, péritonite aiguë généralisée avec péritonite herniaire.

Aggravation les jours suivants, ventre ballonné, douloureux, vomissements bilieux, porracés, fièvre, diarrhée.

Ascite abdominale, 14 juillet mort en collapsus péritonique.

*Autopsie.* — Péritonite interne générale.

Cancer secondaire du foie pesant 2500 gr. Dans hernie, tumeur primitive, entérocèle pure sans épiploon. Anse de 20 c. du gros intestin, côlon et rectum adhère intimement au sac, adhérences épaisses, résistantes, grisâtres, riches en vaisseaux, friables, plutôt néoplastiques qu'inflammatoires.

*Ni coarctation ni étranglement.*

Parois de l'anse herniée épaisses, charnues, mates au niveau de l'intestin mésentérique, plaque de 7 à 8 centimètres de diamètre formant relief et mamelonnée, très friable, très vasculaire.

Le reste de l'intestin, estomac, rectum, etc., sont sains.

(Chauffard, *Bulletin de la Société d'Anatomie*, 1882, p. 350.)

## Observation XVI

*Hernie inguinale droite enflammée ; réduction ; guérison.*

Ouvrier, soixante-deux ans, hernie inguinale droite, volume depuis plusieurs années incomplètement réductible. Effort suivi d'augmentation et d'irréductibilité.

Long, appelé 4 avril 1869, trouve tumeur grosse comme les deux poings, lisse, tendue, partie inférieure lourde, pâteuse, contient épiploon. Nausées depuis le matin, vomissements bilieux, pas de selles, ventre tendu, douloureux. Taxis inutile.

Bain, nouveau taxis infructueux. Ponction évacue 80 gr. liquide fétide et gaz. Réduction, spica. Le lendemain, 45 gr. huile de ricin. Le 10, fièvre a cessé. Le 14, guérison complète, sauf tympanite abdominale cédant à une application de collodion.

(Long, Thèse Luneau, Montpellier, 1871.)

## Observation XVII

*Grosse hernie inguinale gauche enflammée ; opération ; mort.*

Observation d'engouement pour l'auteur.

Homme, soixante-cinq ans, hernie scrotale gauche volumineuse datant de trente-cinq ans, non contenue, toujours réductible jusqu'à ces derniers jours.

Depuis quatre jours, gonflement et irréductibilité, constipation. Etat actuel : abdomen tendu, un peu sensible à la pression. Pouls plein, à 80; langue humide et propre. La constipation continue. Il y a quelques nausées, mais *pas de vomissements.*

Tentatives inutiles de réduction par Fea et O'Beirne, emploi infructueux du tube imaginé par ce dernier pour extraire les gaz du côlon. Le malade est porté à l'hôpital Richmond.

M. M'Dowell pratique l'opération de la hernie. L'intestin, contenu dans la tumeur, est une anse de côlon. La surface de cet intestin est *considérablement congestionnée en avant.* En arrière, et sur les côtés, on ne peut la voir, parce qu'elle est adhérente au sac. Sa cavité est farcie d'excréments endurcis. L'intestin étant adhérent, on se décide à le laisser dans la plaie, mais du moins on cherche à le vider par la pression des excréments qu'il renferme. Pour y parvenir, toutefois, il devient nécessaire de débrider l'anneau dans une étendue considérable.

Réunion de la plaie par la suture. Vives souffrances pendant la nuit. Le lendemain, le scrotum est très douloureux; il n'y a ni nausées ni vomissements. Le *troisième jour le malade a une évacuation alvine,* il succombe le quatrième jour.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'inflammation dans le ventre; *on ne regarde pas la hernie!* On en conclut que le malade a succombé à une *irritation constitutionnelle*.

(O'Beirne, On the primary causes of strangulation, *Dublin, journal of medical sciences,* vol. XIV, p. 105, 1839, 3e observation du mémoire.)

On remarque, dans cette observation, l'absence de vomissements, la vive inflammation de l'intestin, les adhérences récentes; enfin la mort lorsque rien ne gênait plus le cours des matières, puisqu'une selle eut lieu la veille de la mort. (P. D.)

### Observation XVIII

*Grosse hernie inguinale accidents d'étranglement; kélotomie; guérison.*

(Résumée).

Homme de trente ans, très replet, grosse hernie intestinale ancienne; *accidents d'étranglement* nécessitent opération. On ne trouve ni *adhérences*, ni *étranglement*. Embonpoint jugé obstacle à réduction. Saignée, diète sévère. Pansement rapproche intestin de l'anneau.

Suppuration des parois et régime amaigrissent le malade, rentrée insensible de l'intestin. Sa convexité reste sortie, s'exfolie, puis sert de point d'appui à la cicatrice.

Guérison, bandage à pelote concave.

(Cas de Petit, Mémoires, *Académie de chirurgie,* t. IV, p. 316; Thèse, Marc Girard, 1868.)

## Observation XIX

*Hernie enflammée sans étranglement; opération; guérison.*

Homme, soixante-dix ans, hernie inguinale ancienne, volumineuse, depuis longtemps non réduite. Coliques, nausées, vomissements, ballonnement du ventre et constipation, accidents lents.

Au bout de huit jours, hernie tendue, peu douloureuse, peau normale.

Kélotomie au bout de dix jours : incision du sac, pus granuleux, fétide (un verre) ; pas de constriction ; orifices libres ; pas de débridement. Les anses herniées sont distendues par des gaz refoulés par pressions méthodiques ; ils sont rendus par le malade.

Pas de réduction, pansement à plat.

Légère selle ; le pouls tombe.

Le lendemain, quatre selles, gaz évacués, ventre ballonné. Le soir, diarrhée, ballonnement.

Au bout de peu de jours, les applications émollientes triomphent de l'inflammation.

Cicatrisation ; guérison ; la hernie persiste.

(Charles Roubier, *Bulletin de la Société chirurgicale,* année 1862, t. III, p. 486.)

## Observation XX

*Péritonite du sac herniaire.*

Homme, volumineuse hernie inguinale droite contenue dans un bandage, se présente chez Richet avec de vives douleurs dans le sac et la partie inférieure de l'abdomen. Aucun signe d'étranglement. Collection liquide manifeste dans le sac. Deux ponctions. La première donne 500 gr. de sérosité rougeâtre, la deuxième de 5 à 800 gr. Malgré cette évacuation et le traitement antiphlogistique, la douleur augmente. Diarrhée abondante, mort.

*Autopsie.* — Sac divisé en deux loges; l'une ne contient que du liquide; l'autre, supéro-interne, contient une anse de 20 centimètres d'intestin grêle. Le collet du sac admet l'extrémité des cinq doigts réunis. Aucune constriction sur l'intestin, donc *pas d'étranglement.*

Les *parois de la poche* et *celles* de l'intestin hernié présentent une rougeur vasculaire qui s'étend jusque dans la fosse iliaque droite.

Donc : péritonite herniaire sans étranglement.

(Doyen, *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1856, p. 460.)

### Observation XXI

*Autopsie de hernie enflammée guérie.*

A Bicêtre, homme de soixante-quinze ans, hernie inguinale très volumineuse, réduction incomplète.

Mort d'une autre affection, hernie formée par l'S iliaque du côlon avec sac incomplet. Si l'on tente de réduire, l'intestin entraîne le sac qui se retourne jusqu'à l'anneau où s'arrêtent le sac et une partie de l'intestin.

Dans ce sac, traces d'une ancienne inflammation. Roussel est porté à attribuer à cette sorte de péritonite partielle les accidents observés.

(Roussel, *Bulletin de la Société d'anatomie,* année 1841, p. 208.)

### Observation XXII

*Très grosse hernie inguinale enflammée ; opération le sixième jour ; intestin et épiploon violemment enflammés ; mort le lendemain.*

Homme, cinquante-huit ans. Hernie scrotale datant de trente ans, abandonnée à elle-même pendant douze ans, puis maintenue pendant quelques années. Depuis onze ans, le malade a renoncé à l'usage du brayer. A diverses époques, accidents herniaires terminés par résolution. La hernie reste réductible. Le 27 novembre 1839, nausées et coliques, on réduit. Le 28, la hernie s'échappe de nouveau et ne peut rentrer. *Elle est très grosse,*

coliques, nausées. Le 20, constipations, vomissements. Les accidents s'accroissent jusqu'au 2 décembre; le malade est porté à la Pitié.

Vomissements à odeur fécale, pouls lent et petit, peau froide. Abdomen ballonné et indolent, tumeur grosse comme le poing, longue de sept pouces. Supérieurement, elle pénètre dans l'anneau qui est large d'environ un pouce, et qui, cependant, semble étreindre le pédicule de la hernie. Tentatives très modérées de taxis, elles sont inutiles..

Le 3 décembre, sixième jour après le début des accidents, Sanson pratique l'opération de la hernie étranglée. Le sac ne contient pas de sérosité, mais offre quelques fausses membranes. On trouve d'abord une nappe d'épiploon d'un rouge foncé, puis une anse d'intestin, longue de huit pouces, flasque, comme carbonisée. L'anneau est fortement appliqué sur le sac de la hernie qu'il étreint.

On procède alors au débridement de l'anneau. La striction est telle que l'instrument ne passe qu'avec la plus grande difficulté. On débride d'abord de 3 lignes, puis de 6 ; en tout, 9 lignes (2 c.) : « A chaque débridement, les parties étranglées mises en liberté « s'élargissent brusquement et suffisent à remplir l'anneau di- « laté. » On excise d'abord l'épiploon, puis on passe à l'intestin : « On attire dans le sac une portion de l'intestin abdominal afin « d'examiner le point où portait l'étranglement. Il est facilement « reconnaissable, car on dirait qu'une ligature fine et très serrée « a été directement appliquée sur l'instestin, il semble qu'au « moindre attouchement, celui-ci va se rompre à ce niveau. »

L'intestin paraissant gangréné, on l'incisa, il s'en échappa un flot de sang noir, visqueux et d'odeur gangréneuse. Le malade mourut le surlendemain.

*Autopsie.* — On trouve un sac sans collet.

(Sanson, Thèse inaugurale de G. Petit, Paris, 1842, p. 18 : « L'étranglement des hernies peut être opéré par les anneaux aponévrotiques. »)

### Observation XXIII

*Grosse hernie inguinale ancienne enflammée ; opération (liquide séro-purulent); pas d'étranglement; mort.*

Chazet, cinquante-quatre ans, hernie inguinale ancienne, irréductible depuis deux ans. Chute, il y a un mois, suivie de douleurs dans le ventre.

Le 22 novembre, la tumeur, qui était déjà très grosse, s'accroît et devient douloureuse. 1er décembre, entrée à l'Hôtel-Dieu; tumeur longue de 10 pouces, 15 pouces de circonférence, rouge, dure, résistante, douloureuse, hoquet, pas de vomissements.

Le soir, n'ayant pu réduire la hernie (qui était irréductible depuis deux ans), Dupuytren pratique l'opération. A l'incision du sac, il s'écoule un liquide séro-purulent très abondant. « Le doigt « porté dans la plaie ne rencontre pas d'étranglement à l'an- « neau. » On réunit la plaie; délire peu de temps après. Mort très prompte.

(Dupuytren, *Leçons orales*, 2e édit., 1839, t. III, p. 580.)

### Observation XXIV

*Grosse hernie inguinale enflammée; taxis infructueux; réduction au bout d'environ quinze heures par l'application de 500 gram. de glace.*

Aufray, sergent sapeur-pompier, quarante-neuf ans; constitution robuste. Hernie inguinale oblique, depuis un an, après une chute.

17 mai 1847, sortie depuis trois jours, n'a pu être réduite malgré de nombreuses tentatives; tumeur douloureuse chaude, très résistante, étendue de 11 cent. sur 8; nausées, vomissements, hoquet. A la visite du lendemain, Baudens, après des essais infructueux, applique un bandage compressif et le recouvre d'environ 500 gr. de glace. Pendant la journée, les nausées, les vomissements, le hoquet augmentent de fréquence. Cependant, vers deux heures du matin, le malade, qui éprouve un mieux sensible, s'endort, et est fort étonné, en s'éveillant à cinq heures, de trouver sa hernie réduite.

(Baudens, inspecteur général du service de santé des armées : Efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées et combattre la péritonite consécutive : *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 261.)

## Observation XXV

Il y a quelques années, mon père fut appelé dans un village voisin de ma ville natale pour y donner des soins à un malade qui présentait depuis plusieurs jours les signes classiques de l'engouement.

Cet homme, atteint depuis quelques années d'une hernie inguinale qu'il avait négligée, éprouvait de vives douleurs dans le ventre, de la constipation et des vomissements stercoraux. En même temps, la tumeur était devenue douloureuse, plus grosse et plus dure qu'auparavant. On avait appliqué des cataplasmes pour tout traitement.

Lorsque mon père souleva le cataplasme pour examiner la tumeur, il ne fut pas peu surpris de trouver la peau ulcérée et inondée de matières fécales. Un gros ver lombric encore vivant sortait en partie à travers la plaie. On l'enleva et il s'en présenta un second d'une dimension peu commune. On continua les cata-

plasmes. Les accidents s'apaisent promptement et la plaie se cicatrise bientôt d'une manière complète.

(Broca père, p. 27.)

## Observation XXVI

*Epiplocèle irréductible depuis vingt ans; effort suivi de déchirures et d'inflammation; antiphlogistiques; réduction; guérison.*

Épiplocèle inguinale irréductible depuis vingt ans chez un homme de soixante-six ans. Effort pour soulever un fardeau accompagné d'une vive douleur dans l'aine et *d'un bruit comme de parties qui se déchirent.* Accroissement rapide de la tumeur, vomissements pendant la nuit, constipation. Desault emploie les bains, les cataplasmes, la ponction, les lavements. Le quatrième jour les accidents sontamendés. On tente le taxis pour la première fois : réduction, guérison.

(Bichat, *Œuvres chirurgicales de Desault*, 1801, tome II, p. 338.)

## Observation XXVII

*Grosse entéro-épiplocèle; réduction de l'intestin; l'épiploon reste dans la hernie et s'enflamme; mort; autopsie.*

Une femme des Petites-Maisons avait une hernie étranglée par engouement. Goursaud réduisit une partie de la tumeur. Le reste fut irréductible, les accidents persistèrent, et le tout se termina

par une autopsie. La hernie, au dire de l'auteur, était primitivement une entéro-épiplocèle.

L'intestin avait été réduit par le taxis; l'épiploon était resté dans le sac. L'intestin était parfaitement sain, mais l'épiploon de la hernie *était enflammé et dans une disposition gangréneuse.*

(Goursaud, *Remarques sur les causes de l'étranglement,* p. 225, Obs. VIII.)

## Observation XXVIII

*Grosse hernie inguinale enflammée par un ver strongle.*

Un paysan de trente ans, porteur depuis dix ans d'une hernie scrotale, grosse comme une tête d'adulte, voit cette hernie s'enflammer, fluctuation.

Wedekind incise, il sort un ver strongle avec beaucoup de pus de bonne nature, puis deux autres vers.

(Wedekind cité par Richter, *Chirurg. Biblioteck,* t. VIII, p. 88.)

## Observation XXIX

Malade ayant depuis plusieurs années une grosse hernie inguinale irréductible devenue depuis plusieurs jours le siège de douleurs, mais sans autres signes d'étranglement si ce n'est la suppression des selles.

Après plusieurs tentatives infructueuses de taxis, des applica-

tions réitérées de sangsues, etc., la hernie ne rentrant pas, le chirurgien se hâte d'opérer. Il n'y avait pas d'étranglement. Le malade succombe vingt-quatre heures après.

(Malgaigne, Leçons cliniques sur les hernies, *in-Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 478.)

## Observation XXX

*Grosse hernie inguinale réductible.*

Le 1er décembre 1874, impossible de réduire, 31 c. de long, 60 de circonférence. Le malade s'oppose à l'opération; méthode américaine. Réduction au bout de deux ou trois minutes. Le 5, le malade se lève, muni d'un bandage; le 7 il reprend ses occupations.

(Bonnemaison, *Bulletin général de thérapeutique*, p. 358.)

## Observation XXXI

*Grosse hernie inguinale; irréductible (épiplocèle); gangrène à la suite d'un bandage très serré; mort; autopsie.*

Jeune homme. Hernie considérable, longtemps réductible ; irréductible depuis quelque temps. Voulait se marier et pour cela guérir. Il va consulter un rebouteur qui lui ordonne des corps gras et lui applique un *bandage très serré*. Le patient le quitte au bout de trois jours à cause de la douleur.

Un chirurgien conseille cataplasme, navets bouillis et saindoux.

Le scrotum a eu un volume considérable très douloureux; il est affaissé, moins douloureux, livide en plusieurs endroits. « En le maniant, il fait entendre ce bruit (*crepitum*) de mauvais « augure qui dénote infailliblement l'air putride s'échappant de « membranes gangrenées. »

Yeux éteints, extrémités froides, hoquet continuel, presque sans pouls; mort le soir même.

*Autopsie.* — « Le scrotum et le sac herniaire étaient entière- « ment gangrenés, et il y avait dans ce dernier une petite « quantité d'une sanie extrêmement puante avec une portion « considérable de l'épiploon qui était seul et sphacélé. »

L'intestin, entièrement dans le ventre, était sain ; mais l'épiploon était gangrené.

Les selles avaient persisté. Il y en avait eu une dans les deux derniers jours.

(P. Pott, *Œuvres chirurgicales*, p. 429, Obs. II.)

## Observation XXXII

Homme, trente ans. Volumineuse épiplocèle ancienne mal maintenue par bandage.

Coup de pied de cheval, douleur, enflure.

Premier jour. Entre à l'hôpital Saint-Barthélemy, saignée, lavement, cataplasme.

Deuxième jour. Constipation persiste, purgatif (vomi), lavement.

Troisième jour. Constipation, saignée, mixture purgative, deux ou trois vomissements.

Quatrième jour. Constipation.

Opération : sac herniaire épais, dur, contient épiploon, un peu *d'eau sanguinolente*, épiploon sain, vaisseaux dilatés, pas d'intestin, pas d'étranglement, excision et ligature de l'épiploon.

Selle peu de temps après, mauvaise nuit, insomnie, douleur.

Cinquième jour. Fièvre, douleur, deux selles diarrhéiques.

Sixième jour. Fièvre plus forte, douleur extrême.

Septième jour. Douleur cesse subitement le soir.

Huitième jour. Au matin, mort.

*Autopsie.* — Epiploon gangrené dans toute son étendue.

(Pott, *Œuvres chirurgicales*, p. 441, Obs. VII.)

## Observation XXXIII

*Sac herniaire épais et dur; abcès multiples; guérison.*

(Résumée.)

Hernie ancienne, contusion sur le pommeau d'une selle. Inflammation prise pour une hydrocèle.

Ponction : une pinte de liquide brun, sanieux, fétide.

Pott traite par : saignée, émollients.

La tumeur diminue, la fièvre cesse : « Les matières purulentes « sortent abondamment de la plaie qui laisse apercevoir l'épi- « ploon putréfié. »

« J'aurais voulu ouvrir la tumeur dans toute sa longueur; » il élargit un peu l'ouverture et coupe « un vieux sac herniaire, qui « était fort épais et fort dur. »

Extraction avec le forceps d'une partie d'épiploon séparée. « Mais la séparation du tout consomma beaucoup de temps, et le « sac herniaire, dur, causa tant d'abcès, et occasionna une éva-

« cuation de matières si abondantes, que le malade aurait cer-
« tainement succombé, s'il n'eût pas pris le quinquina en grande
« quantité. »

(Pott, *Œuvres chirurgicales*, t. I, p. 329.)

## Observation XXXIV

(Très résumée.)

Thomas Lever, dix-sept ans, hernie depuis naissance réductible. Il y a six mois, contusion contre le pommeau de la selle. Vive douleur; syncope; enflure depuis quelques jours. Hernie irréductible depuis.

Entérocèle manifeste. Un peu d'intestin rentre aisément par le taxis; le reste est irréductible, pas d'étranglement. Testicule distingué au-dessous. Bonne santé, évacuation libre, scrotum gros et enflé, pas tendu.

Opération, incision, hernie dans tunique vaginale, donc congéniale, formée par un peu de l'iléum et le cæcum avec appendice filiforme. Adhérences entre cæcum; épididyme et testicule, détruites. Léger débridement. Réduction, guérison en six semaines.

(Pott, *Traité des hernies*, Obs. XV, p. 467.)

### Observation XXXV

Une hernie inguinale de la grosseur de la tête, accompagnée des symptômes les plus aigus de l'étranglement, et que l'on ne pouvait réduire rentre d'elle-même au bout de trois semaines.

(Schoneïder, *Acta societatis médic. haon.*, t. IX.)

Vu bon à imprimer :

*Le Président de la Thèse,*

Dr ORÉ.

Vu :

*Le Doyen,*

A. PITRES.

Bordeaux, le 27 juillet 1886.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie,*

H. OUVRÉ.

# ERRATA

Page 16, ligne 18, au lieu de *hernies*, lire *dans lesquels des hernies*.
Page 19, ligne 9, au lieu de *phlegmoneux*, lire *phlegmoneuse*.
Page 25, note (1), au lieu de *noter*, lire *notée*.
Page 25, ligne 17, au lieu de *dans quelques hernies*, lire *dans les hernies*.
Page 27, ligne 13, au lieu de *plus souvent*, lire *rarement*.
Page 34, ligne 6, au lieu de *phlegmatique*, lire *phlegmasique*.
Page 34, ligne 25, au lieu de *Réductibilité*, lire *La réductibilité*.
Page 34, ligne 26, au lieu de *sans l'étranglement*, lire *dans l'étranglement*.
Page 40, note (3), au lieu de *la hernie tranquille*, lire *la hernie laissée tranquille*.
Page 47, ligne 31, au lieu de *coïncide ailleurs*, lire *coïncide d'ailleurs*.
Page 50, ligne 31, au lieu de *qui la*, lire *qui l'a causé*.
Page 52, ligne 9, au lieu de *réussit-elle*, lire *réussit-elle*.
Page 52, ligne 31, au lieu de *l'imflammation*, lire *l'inflammation*.
Page 53, ligne 19, au lieu de *Goursand*, lire *Goursaud*.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


WISEMAN..... *Eight chirurgical treatises,* London, 1676.

MERY..... *Mémoires de l'Académie,* année 1701.

MAUCHARD (Dav.). *Dissert. de herniâ incarceratâ,* Tubinge, 1722.

SHARP..... *Traité des opérations de chirurgie,* 1737. (Traduction de Jault, Paris, 1741.)

GARENGEOT..... *Traité des opérations de chir.,* 2e édit., Paris, 1738.

— *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* article *Hernie inguinale.*

GOURSAUD..... La différence des causes de l'étranglement dans les hernies. (*Acad. de méd.*, 1768, t. IV, p. 244.)

PECIVAL POTT... *Œuvres chirurgicales.* (Trad. française, Paris, 1777.)

A.-G. RICHTER.. *Traité des hernies* (Cologne, Œdenkoven et Thiriart, an VII, 1785), traduit de l'allemand avec des additions de J.-C. Rougemont.

DESAULT..... *Œuvres chirurgicales,* publiées par Broca, 1801.

J.-M. BENOIT.... Thèse inaugurale, Paris, 1807.

CELSUS..... *De re medicâ.* (Ed. Targa, Strasbourg, 1806.)

DESAULT..... *Journ. de Chirurgie,* t. III, p. 290.

SCARPA..... *Traité des hernies.* (Trad. française par Cayol, Paris, 1812.)

BOYER..... *Traité des maladies chirurgicales,* Paris, 1812.

FABRE..... *Dictionnaire des dictionnaires de médecine,* t. IV.

SANSON ..... *Journal Un. de méd. et chir. prat.*, t. V, 1831.

LAUGIER..... Article *Hernie*, du *Dict. de méd. en 30 vol.*, 1837.

ASTHLEY COOPER *Œuvres chirurgicales*, Paris, 1837.

ROUSSEL..... *Bulletin de la Société d'Anatomie*, 1841.

MALGAIGNE..... *Leçons cliniques sur les hernies*, Paris, 1841.

— Du pseudo-étranglement ou de l'inflammation simple dans les hernies. (*Arch. gén.*, IIIe série, t. XII, p. 189 à 195.)

— Deuxième mémoire sur les pseudo-étranglements (*Journ. de chirurg.*, 1843. t. I, p. 129.)

GOSSELIN..... Thèse d'agrégation, Paris, 1844.

BROCA..... *De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections qui peuventle simuler.* (Thèse d'agrégation, Paris, 1853.)

NÉLATON..... *Éléments de pathologie chirurgicale*, Paris, 1857.

CH. ROUBIER.... *Bull. Soc. chirurg.*, t. III, p. 486, 1862.

GOSSELIN..... *Leçons clin. sur les hernies abdominales*, Paris, 1865.

NICAISE..... *Des lésions de l'intestin dans les hernies.* (Thèse, Paris, 1866.)

MARC GIRARD... Thèse inaugurale, Paris, 1868.

LUNEAU ..... Thèse, Montpellier, 1871.

RICHELOT..... *De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement*, par L.-G. Richelot, aide d'anatomie, interne lauréat. (Thèse doctorat, Paris, 1873.)

GOSSELIN..... *Clinique chirurg. de la Charité*, t. III, Paris, 1879.

BRADLEY ..... *Médical Times and Gazett*, 1878.

MASSE..... *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1880.

HAYEM ..... *Revue des sciences médicales.*

DUPONT..... *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1881.


Bordeaux. — Impr. O.-L. FAVRAUD, rue Porte-Dijeaux, 91.